JUSTICE FOR ALL

Rafforzare i diritti degli imputati e dei detenuti con disabilità intellettive e/o psicosociali: Trasferimenti transfrontalieri, detenzione e alternative nell'UE

Rapporto nazionale
Italia

ANTIGONE
PER I DIRITTI E LE GARANZIE NEL SISTEMA PENALE

ANTIGONE

Italia: Rapporto nazionale sulla situazione delle persone con disagio psichico in ambito penale e penitenziario

Carolina Antonucci, Federica Brioschi, Maria Vittoria Tatangelo

Aprile 2023

La ricerca è stata condotta nell'ambito del progetto *Justice for all, Enhancing the Rights of Defendants and Detainees with Intellectual and/or Psychosocial Disabilities: EU Cross-Border Transfers, Detention and Alternatives.*

Questo rapporto è stato finanziato dal Programma Giustizia dell'Unione Europea (2014-2020).

Il contenuto di questo rapporto rappresenta il punto di vista dell'autore ed è di sua esclusiva responsabilità. La Commissione europea non si assume alcuna responsabilità per l'uso che può essere fatto delle informazioni in esso contenute.

ANTIGONE

Abbreviazioni

ASL: *Azienda Sanitaria Locale*
ATSM: *Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale*
CEDU: Corte Europea dei Diritti dell'Uomo
CSM: *Centri per la Salute Mentale*
CP: *Codice Penale*
CPP: *Codice di Procedura Penale*
DAP: *Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
DM: *Decreto Ministeriale*
DPCM: *Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri*
DPR: *Decreto del Presidente della Repubblica*
EELL: *Enti Locali*
ISTAT: *Istituto Nazionale di Statistica*
NAB: Project's National Advisory Board
OP: *Ordinamento penitenziario L. n. 354/1975*
OPG: *Ospedali Psichiatrici Giudiziari*
PTRI: *Piano terapeutico riabilitativo individualizzato*
REMS: *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*
Ser.D.: *Servizi per le Dipendenze Patologiche*
Smop: *Sistema Informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG*
SPDC: *UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura*
SSN: *Servizio Sanitario Nazionale*
TSO: *Trattamento Sanitario Obbligatorio*

ANTIGONE

Indice

Abbreviazioni **2**

Sommario esecutivo **4**

1. Introduzione **6**

2. Quadro nazionale relativo all'applicazione degli strumenti tranfrontalieri alle persone con disabilità intellettiva e/o psicosociale nella legge e nella pratica **8**

a. Mandato di Arresto Europeo 8

b. Trasferimento di prigionieri 13

c. Ordine di Vigilanza Europeo 15

d. Misure e sanzioni sostitutive 16

3. Quadro nazionale relativo agli imputati e alle persone private della libertà affette da disabilità intellettiva e/o psicosociale **19**

a. Definizione e statistiche nazionali 19

b. Quadro nazionale sulla privazione della libertà 24

c. Quadro nazionale relativo alle misure alternative 27

4. Conclusioni **33**

5. Caso di studio **34**

6. Raccomandazioni chiave **39**

7. Bibliografia **40**

ANTIGONE

Sommario

È opinione consolidata che la detenzione sia destinata a peggiorare la salute mentale delle persone detenute[1]; inoltre, una volta in carcere, le persone con disabilità intellettiva o psicosociale si trovano in una situazione caratterizzata da diverse carenze: mancanza di uno *screening* adeguato, cure mediche insufficienti o – al contrario- dosi eccessive di psicofarmaci con intento neutralizzante, scarsa qualità delle cure psichiatriche non focalizzate sui bisogni individuali. Le disabilità intellettive o psicosociali nel mondo penitenziario sono anche associate ad un abuso dell'isolamento *de jure* e *de facto*, ove questi individui sono posti in "osservazione medica" ovvero "osservazione psichiatrica". Le persone con disabilità intellettiva o psicosociale non dovrebbero essere collocate in carcere, ma dovrebbero ricevere cure e trattamenti adeguati al loro stato di salute nella comunità, sotto la supervisione di autorità sanitarie competenti. Non è accettabile che vengano collocate in carcere con la motivazione che all'esterno non ci sono sufficienti servizi sanitari in grado di prendersene cura.

In Italia, la questione dell'incontro tra persone con disabilità intellettiva o psicosociale e il sistema penale presenta una serie di problemi e limiti che hanno dato luogo a numerosi dibattiti e sentenze da parte di diversi tribunali nei vari gradi di giudizio.

Allo stesso tempo, però, la dimensione quantitativa della questione rimane irrisolta, poiché non esiste un insieme unico di dati relativo a tale fenomeno.

Un'altra questione attiene agli imputati con presunta disabilità intellettiva o psicosociale, i quali sono economicamente meno abbienti e/o non hanno una rete familiare o relazionale; la loro possibilità di esercitare i propri diritti risulta notevolmente ridotta. Sussistono anche difficoltà nelle revisioni e nei riesami delle loro misure di sicurezza.

Grandi limitazioni concernono l'intero sistema di misure rivolte a quelle persone con disabilità intellettiva o psicosociale che sono riconosciute come persone non imputabili. Nel loro caso, l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari avrebbe dovuto provocare anche un cambio di paradigma da quello incentrato sulla prevalenza dell'interesse pubblico alla sicurezza (che comportava una "neutralizzazione" della persona) alla prevalenza del diritto alla salute (bilanciato dal diritto collettivo alla sicurezza) della persona dichiarate incapace al processo a causa di una disabilità intellettiva o psicosociale. Per questo motivo, nell'idea del legislatore del 2014, l'introduzione delle REMS avrebbe dovuto rappresentare una *extrema ratio* in un quadro di gestione dei casi di pericolosità sociale che avrebbero dovuto essere gestiti sul territorio e dal territorio, in particolare dai servizi di salute mentale. Tuttavia, il limite maggiore sta proprio in questo. Sono poche le strutture residenziali (ad esempio strutture comunitarie) in grado di far fronte a queste richieste, scarso se non nullo è il coordinamento territoriale tra autorità sanitarie, tribunali e strutture comunitarie. Sussistono inoltre resistenze culturali tra tutti gli attori istituzionali coinvolti in questa problematica, che finiscono per ricorrere più facilmente ai percorsi noti, preferendo la detenzione o comunque le misure di privazione della libertà.

Le REMS presentano anche alcuni limiti, due dei quali sono rappresentati dal fatto che le liste di attesa sono spesso occupate da persone che attendono in carcere (la CEDU si è recentemente espressa nel caso Sy c. Italia). In secondo luogo, nonostante la legge che ha portato all'abolizione degli OPG abbia

[1] Prison Insider, *Walling up madness*, https://www.prison-insider.com/en/articles/l-enfermement-a-la-folie

abolito anche i c.d. "ergastoli bianchi", imponendo un limite massimo alla durata della misura di custodia nelle REMS, facendola coincidere con la durata della pensa massima prevista per il reato commesso, nella realtà l'uscita dalle REMS spesso non è così semplice e lineare, come verrà approfondito nel rapporto. Anche la Corte Costituzionale si è recentemente espressa evidenziando la necessità di interventi correttivi in materia di REMS.

Inoltre, la questione più complessa è senza dubbio quella della presenza di persone con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere. Ci sono diversi luoghi all'interno delle carceri che finiscono per ospitare queste persone, anche se la maggior parte delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale, da quanto abbiamo potuto appurare, è ristretta nelle sezioni ordinarie.

Il tema della disabilità intellettiva o psicosociale è in qualche misura associato anche a quello dei suicidi, che in Italia raggiungono cifre considerevoli all'interno degli istituti penitenziari.

ANTIGONE

1. Introduzione

I risultati presentati in questo rapporto sono frutto di una ricerca condotta nell'ambito di un progetto co-finanziato dalla Commissione europea, di cui l'Istituto Ludwig Boltzmann per i diritti umani e fondamentali (Austria) è stato il capofila, in collaborazione con il Comitato bulgaro di Helsinki (Bulgaria), l'Università di Scienze Applicate e Arti di Dortmund (Germania), Antigone (Italia), Mental Health Perspectives (Lithuania) e l'Istituto per la Pace (Slovenia).

All'interno dell'UE, l'esigenza di un migliore coordinamento della cooperazione giudiziaria degli Stati membri è cresciuta in modo significativo negli ultimi due decenni. Per facilitare e semplificare la cooperazione giudiziaria nei procedimenti penali, la Commissione Europea (CE) ha adottato una serie di strumenti sui diritti procedurali (Piano d'azione Procedurale, 2009), tra cui la 2002/584/GAI sul Mandato di Arresto Europeo; 2008/909/GAI sul trasferimento dei detenuti; 2008/947/GAI sulla libertà vigilata e le sanzioni alternative; 2009/829/GAI sull'ordinanza cautelare europea.

La Corte di Giustizia dell'Unione Europea ha chiarito in diverse sentenze che l'applicazione degli strumenti di riconoscimento reciproco non deve comportare una violazione dei diritti fondamentali.[2] Allo stesso modo, in tutte le decisioni quadro si trovano riferimenti ai diritti fondamentali. Il rispetto dei diritti fondamentali è imprescindibile per costruire la fiducia reciproca tra gli Stati membri e garantire il buon funzionamento della cooperazione transfrontaliera. Pertanto, per analizzare a fondo i procedimenti transfrontalieri, è necessario dare uno sguardo ai sistemi nazionali e individuare le sfide che si presentano a livello nazionale in relazione agli standard internazionali, regionali e nazionali (compresi gli standard dell'UE, la convenzione ONU sui diritti fondamentali, l'UNCAT, la CEDU e il Consiglio d'Europa), che possono ostacolare la cooperazione transfrontaliera.

Il progetto analizza l'attuazione delle suddette decisioni quadro dell'UE nella legislazione nazionale per quanto riguarda i diritti degli imputati e dei detenuti con disabilità intellettiva e/o psicosociale (IPD). Finora la ricerca ha prestato poca o nessuna attenzione alle sfide specifiche gli imputati e persone detenute con disabilità intellettuali e/o psicosociali possono affrontare quando sono sottoposti a procedimenti transfrontalieri. Allo stesso tempo, la ricerca include una valutazione della situazione degli imputati e dei detenuti con disabilità intellettiva e/o psicosociale all'interno dei sistemi nazionali legislativi e attuativi e la conformità con gli standard internazionali, regionali e nazionali.

Nel progetto viene utilizzata l'espressione "disabilità intellettiva o psicosociale", facendo riferimento ad un concetto sviluppato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) che, all'art. 1, comma 2, recita: "*Le persone con disabilità comprendono coloro che hanno menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali di lunga durata che, in interazione con varie barriere, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base paritaria*".
È evidente come questa definizione proponga di dare un significato più ampio al concetto di disabilità, comprendendo diverse situazioni che non riguardano solo le patologie psichiatriche diagnosticate, ma proponendo di de-patologizzare le persone disabili. Infatti, la Convenzione utilizza quello che Emily Kakoullis e Yoshikazu Ikeara hanno definito il c.d. "modello dei diritti umani della disabilità", che propone di riconoscere "il valore intrinseco di ogni persona per il proprio fine", "piuttosto che concentrarsi sulla mancanza di capacità complessive misurate rispetto a una linea di base funzionale".

[2] Sentenza della Corte (Grande Camera) del 5 Aprile 2016, Pál Aranyosi and Robert Căldăraru c. Generalstaatsanwaltschaft Bremen, cause riunite C-404/15 e C-659/15 PPU.

In Italia, la terminologia utilizzata per riferirsi alle persone con disabilità intellettiva o psicosociale è *disagio psichico*, ampiamente utilizzato nella legislazione nazionale e nella pratica medica del sistema penale.

I dati sono accompagnati da interviste (per un totale di 14 persone intervistate) e dalle riflessioni raccolte nei due incontri con il NAB e nella tavola rotonda nazionale cui hanno partecipato 13 esperti del settore con diversi background professionali.

ANTIGONE

2. Quadro nazionale relativo all'applicazione degli strumenti transfrontalieri alle persone con disabilità intellettiva e/o psicosociale nella legislazione e nella pratica

a. Mandato di Arresto Europeo

La decisione quadro sul Mandato di Arresto Europeo (MAE) è stata adottata dall'Unione Europea il 13 giugno 2002 ed è entrata in vigore il 7 agosto 2002. Gli Stati membri avrebbero dovuto recepirla entro il 31 dicembre 2003, ma l'Italia l'ha recepita con la L. n. 69 del 22 aprile 2005[3]. La legge di recepimento è stata ulteriormente modificata nel 2021 con il D. Lgs. n. 10 del 2 febbraio 2021 in modo da affrontare alcune criticità che pregiudicavano la corretta applicazione italiana del MAE[4].

Nei primi articoli della legge di recepimento sono enunciati alcuni principi per l'esecuzione di un MAE. Innanzitutto, il mandato di arresto deve provenire da un'autorità giudiziaria e lo scopo dell'arresto deve essere l'incriminazione della persona arrestata o l'esecuzione di una pena o di una misura di sicurezza (art. 1.2) che devono essere definitive (art. 1.3).
Il mandato di arresto è eseguito dalle autorità competenti con la massima urgenza (art. 1.3-*bis*) e lo Stato italiano non esegue MAE emessi da Paesi in cui il Consiglio dell'UE ha sospeso il meccanismo del MAE per grave violazione dell'art. 6.1 del Trattato sull'UE.
Il principio della doppia responsabilità è recepito nell'art. 7, il quale stabilisce che l'Italia esegue i MAE solo se lo stesso reato è presente nel codice penale italiano. Poiché il controllo della doppia responsabilità è sempre stato un punto critico per l'esecuzione dei MAE in Italia, la riforma ha specificato che i reati non devono avere le stesse componenti, ma che lo stesso fatto deve essere punito da entrambi i Paesi. Il MAE non può essere eseguito se il reato nel Paese di emissione è punito con una pena inferiore a 12 mesi di reclusione. Inoltre, il MAE non può essere eseguito se la persona è condannata a meno di 4 mesi di reclusione.
La consegna obbligatoria è regolata dall'art. 8 della legge, che rimanda all'elenco dei reati della decisione quadro senza elencarli a sua volta. Questa è una delle modifiche introdotte dalla riforma. Prima della riforma, i reati erano elencati nella legge e descritti in dettaglio, il che significava che il giudice dell'esecuzione doveva comunque effettuare un controllo sul contenuto del reato, quindi sulla doppia responsabilità.

La procedura di esecuzione di un MAE può avvenire in due modi.

Nel primo caso (art. 9), il Ministero della Giustizia riceve un MAE e lo trasmette alla Corte d'Appello che, ai sensi dell'art. 5, è competente per la decisione sulla consegna (garanzia giurisdizionale) e sulla misura coercitiva (ad esempio, l'arresto) da applicare al caso. Le misure coercitive non possono essere applicate se vi sono cause che impediscono l'esecuzione della consegna della persona.
Al momento dell'esecuzione dell'arresto, la polizia deve informare la persona da consegnare del diritto

[3] https://www.altalex.com/guide/mandato-di-arresto-europeo
[4] https://www.altalex.com/documents/2021/02/16/in-g-u-la-nuova-normativa-in-materia-di-mandato-d-arresto-europeo

di nominare un avvocato nello Stato di emissione. La persona ha inoltre diritto a un avvocato di fiducia o a un avvocato d'ufficio previsto dall'art. 97 c.p.p. nel Paese di esecuzione. Se la persona della quale è stata richiesta la consegna lo desidera, il MAE può essere notificato ai familiari e alle autorità consolari. Ai sensi dell'art. 10, entro cinque giorni dall'esecuzione delle misure coercitive, il presidente della Corte d'Appello sente la persona ricercata. In tale occasione, il giudice dovrà informare l'arrestato, in una lingua a lui nota, del contenuto del MAE, della procedura di esecuzione, della possibilità di acconsentire alla sua consegna e di rinunciare al principio di specialità. Il difensore deve necessariamente essere presente e avrà il diritto di essere avvisato con almeno 24 ore di anticipo. La decisione sul consenso o sul rifiuto dell'esecuzione di un MAE da parte del ricercato è definitiva e non può essere modificata. Sia che la Corte d'Appello applichi o meno una misura coercitiva, l'udienza per la decisione sull'esecuzione del MAE deve essere fissata entro quindici giorni dalla suddetta udienza.

Nel secondo caso, ai sensi dell'art. 11, la procedura inizia con l'arresto da parte della polizia, a seguito dell'inserimento della segnalazione nel Sistema Informativo Schengen (c.d. S.I.S.). In questo caso, è la polizia che procede all'arresto della persona, mettendola immediatamente e, comunque, non oltre le ventiquattro ore, a disposizione del Presidente della Corte d'Appello nel cui distretto è stata eseguita la misura, trasmettendo il relativo verbale di arresto e dandone immediata comunicazione al Ministero della Giustizia. Il Ministero della Giustizia notifica immediatamente l'arresto allo Stato membro emittente ai fini della trasmissione del MAE. In questo caso, la polizia che ha effettuato l'arresto deve informare la persona, in una lingua a lei comprensibile, del MAE, dandole un avviso scritto che la informa della possibilità di acconsentire alla consegna, di nominare una difensore e del diritto di essere assistita da un interprete. Anche in questo caso, il ricercatore gode degli stessi diritti di cui alla procedura precedente e deve essere condotto davanti a un giudice della Corte d'Appello, che procede alla convalida dell'arresto attraverso un'udienza di convalida (art. 13). In questa occasione, la persona arrestata viene informata dei suoi diritti menzionati nell'articolo 10.

Ai sensi dell'articolo 14, la persona della quale è stata richiesta la consegna può acconsentire alla consegna sia all'udienza di convalida sia all'udienza per le misure coercitive. Il giudice della Corte d'Appello fissa l'udienza entro i quattro giorni successivi alla manifestazione del consenso, che può essere rinviata solo in caso di circostanze oggettive che rendano impossibile l'emissione dell'ordinanza di consegna. L'art. 14 stabilisce inoltre che la Corte d'Appello decide con un'ordinanza sulla consegna della persona che deve essere eseguita *ex* art. 9 (il primo modo che è stato menzionato in precedenza).
Nel caso in cui l'interessato non acconsenta alla consegna, la Corte d'Appello deve decidere sulla richiesta nel più breve tempo possibile e comunque entro quindici giorni dall'esecuzione della misura coercitiva o dall'arresto della persona della quale è richiesta la consegna, prorogabili di altri dieci solo in caso di circostanze oggettive (art. 17). L'articolo 17 stabilisce inoltre che la Corte d'Appello decide con sentenza sulla consegna della persona che deve essere eseguita *ex* art. 11 (la seconda modalità menzionata in precedenza).

L'articolo 18 stabilisce i motivi del rifiuto obbligatorio di consegnare la persona ricercata. Il primo si verifica se il reato è estinto da un'amnistia, il secondo riguarda il principio del *ne bis in idem* e il terzo si

verifica se la persona ricercata aveva meno di 14 anni al momento della commissione del reato. Prima della riforma, l'elenco era molto più lungo.

I motivi del rifiuto facoltativo della consegna sono elencati nell'art. 18-*bis*. La Corte d'Appello può rifiutare la consegna se il Mandato di Arresto Europeo si riferisce a reati che sono considerati dalla legge italiana come reati commessi in tutto o in parte o come reati commessi al di fuori del territorio dello Stato membro emittente, se la legge italiana non consente l'azione penale per gli stessi reati commessi al di fuori del suo territorio. In secondo luogo, se nei confronti della persona della quale è richiesta la consegna è in corso un procedimento penale per lo stesso reato su cui si basa il Mandato di Arresto Europeo. Infine, quando il periodo di residenza o soggiorno in Italia della persona della quale è richiesta la consegna per l'esecuzione della pena è di almeno cinque anni, in conformità con la giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'UE (sentenze C-66/08; C-123/08; C-42/11).
La riforma ha introdotto anche l'art. 18-*ter* che tratta l'ulteriore caso di rifiuto facoltativo nel caso di decisioni rese al termine di un processo al quale l'interessato non ha partecipato personalmente. La Corte d'Appello può comunque procedere, accogliendo la richiesta di consegna, se accerta che l'interessato era a conoscenza del processo o che si è volontariamente sottratto alla conoscenza del processo.

L'art. 22 stabilisce che è possibile impugnare le decisioni presso la Corte di Cassazione con una differenziazione a seconda che l'impugnazione riguardi la sentenza (art. 17) o l'ordinanza (art. 14).

Per quanto riguarda l'appello contro la sentenza, il ricorso in cassazione può essere presentato (dall'interessato, dal suo difensore o dal Procuratore generale presso la Corte d'Appello) entro cinque giorni. Il ricorso non può essere presentato per motivi di merito. Il ricorso, da depositare presso la cancelleria della Corte d'Appello, sospende l'esecuzione della sentenza e deve essere trasmesso immediatamente alla Corte di cassazione, con priorità su qualsiasi altro affare. La decisione della Corte di Cassazione deve essere presa entro dieci giorni e l'avviso dell'udienza deve essere dato alle parti tre giorni prima. La decisione motivata deve essere depositata entro il secondo giorno successivo alla consegna del dispositivo, se non è possibile il deposito simultaneo.

Contro l'ordinanza, invece, è possibile presentare ricordo (da parte dell'interessato, del suo difensore e del Procuratore Generale presso la Corte d'Appello) entro tre giorni per gli stessi motivi previsti per l'impugnazione della sentenza. Anche l'esecuzione dell'ordinanza è sospesa e la Corte di Cassazione decide entro sette giorni dal ricevimento degli atti, in camera di consiglio senza l'intervento del difensore; la decisione deve essere depositata, con la contestuale motivazione, al termine dell'udienza.
In caso di annullamento con rinvio, gli atti devono essere trasmetti immediatamente al giudice del rinvio, con priorità assoluta su tutti gli altri affari e, al più tardi, entro il giorno successivo. Il giudice del rinvio decide entro dieci giorni e, in caso di annullamento con ordinanza, il termine è dimezzato.

La consegna deve avvenire il più presto possibile e non oltre dieci giorni, a meno che non sia impedita da cause di forza maggiore o se lo Stato membro emittente notifica l'esistenza di una causa di forza

maggiore, la cui cessazione deve essere comunicata al Ministro e al Presidente della Corte d'Appello al fine di concordare una nuova data di consegna (art. 23).

Dall'altro lato, la procedura di emissione regolata nel Capo II della legge (artt. 28-33), viene invece utilizzata quando è l'autorità giudiziaria italiana a richiedere a uno Stato membro dell'UE la consegna di una persona, destinataria di una misura cautelare personale (custodia in carcere o arresti domiciliari) o nei cui confronti deve essere eseguita una pena detentiva o una misura di sicurezza personale o che risiede o soggiorna in uno Stato membro dell'UE.

In particolare, il MAE può essere emesso dal Giudice che ha applicato la misura della custodia cautelare o degli arresti domiciliari (art. 28, comma 1, lett. a), o dal Pubblico Ministero davanti al Giudice che ha emesso l'ordine di esecuzione della pena detentiva, a condizione che la pena non sia inferiore ad un anno e che non si applichi la sospensione dell'esecuzione (art. 28, comma 1, lett. b), o dal Pubblico Ministero, per quanto riguarda l'esecuzione delle misure di sicurezza personali detentive.

Qualora ritenga di doverla emettere, l'Autorità competente ha due possibilità:
1. emettere il MAE se risulta che l'imputato o il condannato risiede o soggiorna in uno Stato membro dell'UE;
2. effettuare una segnalazione specifica (S.I.S.), ai sensi dell'art. 95 della Convenzione di applicazione dell'accordo Schengen, se il luogo è sconosciuto o è solo possibile che il soggetto si trovi nel territorio di uno Stato membro. Questa segnalazione equivale a un MAE corredato di informazioni ai sensi dell'art. 30.
Una volta emesso, il MAE viene trasmesso al Ministero della Giustizia che, dopo la traduzione nella lingua dello Stato di esecuzione, lo trasmette all'Autorità competente. Il Servizio per la cooperazione internazionale di polizia viene immediatamente informato dell'emissione del MAE.

In base alle più recenti statistiche disponibili, pubblicate dalla Commissione europea con i dati forniti dagli Stati membri, l'Italia ha emesso 982 Mandati di Arresto Europei (MAE) nel 2020. La maggior parte di questi mandati è stata emessa ai fini dell'esecuzione di una sentenza o di un ordine di detenzione. Questa cifra rappresenta un calo significativo rispetto all'anno precedente, quando erano stati emessi 1.430 MAE.

MAE e salute mentale

Per quanto concerne la salute mentale e il Mandato di Arresto Europeo, c'è un caso attualmente pendente davanti alla Corte di giustizia europea. Nei confronti di un cittadino italiano, il 9 settembre 2019 il Tribunale di Zara ha emesso un Mandato di Arresto Europeo ai fini dell'esercizio dell'azione penale per il reato di detenzione ai fini di spaccio e di cessione di sostanze stupefacenti, commesso in territorio croato nel 2014. La particolarità di questo MAE non risiede tanto nella condizioni di detenzione croate, che comunque sono state oggetto di critiche nella sentenza Mursic c. Croazia del 2015 della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, ma nel fatto che la persona raggiunta dal MAE soffrisse

di una disabilità intellettiva e psicosociale irreversibile molto grave. Si trattava di una forma di schizofrenia e quindi la difesa si è posta fin dall'inizio il problema di come tutelare il suo diritto alla salute.

Il tema del diritto alla salute da parte della tutela dei diritti umani nel diritto internazionale. La cooperazione penale europea si basa sul principio del riconoscimento reciproco, che dovrebbe operare automaticamente. Questo principio si basa sulla fiducia reciproca, per cui la misura sarà eseguita se vi è fiducia che i diritti fondamentali della persona interessata (indagato, imputato) saranno garantiti e protetti nel Paese richiedente almeno allo stesso modo che nel Paese che riceve il mandato.

Il diritto alla salute può essere un motivo per rifiutare la consegna in base a un MAE? L'art. 23 della Decisione quadro 584/2002 prevede che vi siano questioni riguardanti il diritto alla salute. L'articolo stabilisce che una volta presa la decisione di consegna, questa può essere rinviata se vi sono validi motivi che metterebbero in serio pericolo la vita o la salute della persona della quale si richiede la consegna. Potenzialmente, però, la persona vive una vita sospesa, a intervalli regolari dovrà essere in grado di dimostrare che la sua salute è ancora a rischio. Nel caso citato all'inizio, la difesa voleva sollevare la questione della disabilità intellettuale o psicosociale irreversibile e quindi vedeva la soluzione del rinvio della consegna come una misura insoddisfacente. Non si poteva prevedere un miglioramento delle condizioni di salute dell'imputato. Questa persona era stata in libertà vigilata e aveva anche ricevuto una diagnosi dal servizio sanitario pubblico italiano. Il Giudice della Corte d'Appello di Milano ha ordinato una perizia. Il perito ha confermato la patologia e i rischi per la vita della persona richiesta, rappresentando la sussistenza di un elevato rischio di suicidio.

Per questo motivo, la Corte d'Appello di Milano ha deciso di sollevare questione di costituzionalità davanti alla Corte Costituzionale italiana, dubitando della costituzionalità della L. 69/2005 che ha recepito in Italia la decisione quadro 584/2002 sul MAE. La difesa aveva subito sollecitato il Tribunale di Milano a sollevare questione di pregiudizialità alla Corte di Giustizia dell'UE (CGUE), poiché la legge italiana non è altro che una trasposizione nell'ordinamento nazionale della decisione quadro, ma la Corte d'Appello si è pronunciata nel senso di effettuare questo doppio passaggio. La Corte Costituzionale (ordinanza n. 216/21) ha riconosciuto che questa decisione non avrebbe riguardato solo il diritto italiano, in quanto avrebbe interessato gli artt. 3, 4 e 4-*bis* della decisione quadro 584/2002, ed ha attivato il meccanismo del rinvio pregiudiziale alla CGUE (causa C-699/21).
Nella sentenza 18 aprile 2023, emessa dalla Grande Camera, la Corte ha statuito che il diritto europeo "deve essere interpretato nel senso che:
– qualora vi siano fondati motivi per ritenere che la consegna di una persona ricercata in esecuzione di un Mandato di Arresto Europeo rischi manifestamente di metterne in pericolo la salute, l'autorità giudiziaria dell'esecuzione può, in via eccezionale rinviare temporaneamente la consegna;
– se l'autorità giudiziaria dell'esecuzione chiamata a decidere sulla consegna di una persona ricercata gravemente malata in esecuzione di un Mandato di Arresto Europeo conclude nel senso che esistono motivi sostanziali e accertati per ritenere che tale consegna esporrebbe la persona in questione al rischio reale di una riduzione significativa della sua aspettativa di vita o di un rapido, significativo e

irreversibile deterioramento del suo stato di salute, deve rinviare la consegna e chiedere all'autorità giudiziaria emittente di fornire tutte le informazioni relative alle condizioni in cui intende perseguire o detenere tale persona e alla possibilità di adattare tali condizioni al suo stato di salute per evitare che tale rischio di concretizzi;
– se, alla luce delle informazioni fornire dall'autorità giudiziaria emittente e di tutte le altre informazioni a disposizione dell'autorità giudiziaria dell'esecuzione, risulta che tale rischio non può essere escluso entro un periodo di tempo ragionevole, l'autorità giudiziaria dell'esecuzione deve rifiutarsi di eseguire il Mandato di Arresto Europeo. D'altra parte, se tale rischio può essere escluso entro tale periodo di tempo, deve essere concordata una nuova data di consegna con l'autorità giudiziaria emittente.

b. Trasferimento delle persone detenute

La decisione quadro 2008/909/GAI sul trasferimento delle persone detenute dell'UE, approvata all'esito di lunghi negoziati e poco prima dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, sostituisce la Convenzione del Consiglio d'Europa del 1983 sul trasferimento delle persone condannate per quanto riguarda i cittadini europei[5]. L'Italia ha recepito la decisione quadro con il D. Lgs. 161/2010 con largo anticipo rispetto alla scadenza. Il testo italiano ricalca in gran parte quello della decisione quadro.
Ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs., le autorità competenti sono il Ministero della Giustizia e l'autorità giudiziaria. Il Ministero della Giustizia provvede alla trasmissione e alla ricezione delle sentenze e del certificato, cura la corrispondenza ufficiale e svolge un'azione di collegamento.
Ai sensi dell'art. 4, competente ad emettere l'ordine di trasferimento è il Pubblico Ministero presso il Giudice dell'esecuzione per le condanne e il Pubblico Ministero presso il Giudice indicato nell'art. 65 c.p.p. per le misure di sicurezza.
Ai sensi dell'art. 5, il trasferimento deve favorire il reinserimento sociale del condannato, la pena non deve essere inferiore a tre anni, la persona deve trovarsi nel territorio italiano o nel territorio dello Stato di esecuzione, l'interessato non deve essere sottoposto a un altro processo o all'esecuzione di un'altra pena o misura di sicurezza e la pena residua non deve essere inferiore a sei mesi. La previsione di una pena superiore ai tre anni è più ampia di quella presente nella decisione quadro, il che lascia intuire l'intenzione del legislatore italiano di non limitare la possibilità di trasferire le persone detenute in un altro Paese europeo. D'altra parte, per le c.d. procedure passive, i reati per i quali è consentito il trasferimento dall'estero all'Italia sono esclusivamente quelli indicati dalla decisione quadro.
Ai sensi dell'art. 5.3, lo Stato verso cui può essere ordinato il trasferimento è quello in cui la persona condannata vive e di cui ha la cittadinanza, o in cui la persona condannata deve essere espulsa, o in cui la persona condannata ha acconsentito ad essere trasferita.
L'art. 6 stabilisce che il trasferimento può avvenire d'ufficio o su richiesta della persona condannata o dello Stato di esecuzione, previa consultazione con lo Stato di esecuzione per acquisire le informazioni necessarie. Ai sensi dell'art. 9, la persona condannata è trasferita nello Stato di

[5] https://www.lalegislazionepenale.eu/wp-content/uploads/2019/04/Ferraris_approfondimenti_5_04.pdf

esecuzione entro trenta giorni dalla data in cui la decisione finale di tale Stato sul riconoscimento della condanna è comunicata al Ministero della Giustizia. Quest'ultimo e l'autorità competente dello Stato di esecuzione possono concordare un periodo di trasferimento più breve.

È possibile evidenziare alcuni punti interessanti e critici di questa misura[6]. In primo luogo, il Ministero della Giustizia ha emanato diversi regolamenti interni volti a facilitare l'utilizzo di questa misura con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento delle carceri italiane. Tuttavia, gli sforzi dell'amministrazione non sembrano aver avuto particolare successo. Infatti, tra il 2014 e il 2018, il numero di persone trasferite è stato di circa 100 all'anno, mentre i casi pendenti sono aumentati anche a causa dell'inerzia della Procura nell'avviare la procedura e della mancanza di una risposta da parte dello Stato di esecuzione. È evidente la difficoltà di connettersi con altri attori della giustizia in Italia e fuori dall'Italia per raggiungere questo obiettivo.
Secondo i critici, un altro problema è rappresentato dalla mancanza di un ruolo riconosciuto alla persona da trasferire e al suo avvocato. La persona da trasferire non sembra avere voce in capitolo nella procedura; tuttavia, anche nel caso in cui la persona detenuta svolga un ruolo attivo e chieda di essere trasferita, non ci sarà la certezza della conclusione in tempi ragionevoli del caso. Una delle ragioni è l'assenza del ruolo dell'avvocato e la mancanza di informazioni alle persone detenute sul provvedimento.

Per ciò che concerne il trasferimento da un altro Stato membro all'Italia, ai sensi degli artt. 9 e 10, il trasferimento deve essere autorizzato dalla Corte d'Appello in cui la persona condannata risiede o ha un indirizzo registrato. La persona da trasferire deve essere cittadina italiana, deve avere la residenza o la sede legale nel Paese in cui deve essere trasferita, deve trovarsi nel territorio italiano o nel territorio dello Stato di emissione, deve essere rispettato il principio della doppia responsabilità, la durata della pena o della misura di sicurezza è compatibile con la legge italiana (ma la magistratura italiana ha la possibilità di adattarla al codice penale italiano). Ai sensi dell'art. 12, la Corte d'Appello decide in camera di consiglio sulla richiesta di trasferimento dopo aver raccolto il parere del Procuratore generale, della persona da trasferire (anche per raccogliere il sui consenso) e del suo avvocato. La Corte d'Appello decide entro sessanta giorni dal ricevimento della sentenza da parte del Ministero della Giustizia. La sentenza può essere impugnata in Cassazione.
Nell'art. 13 sono elencati i motivi del rifiuto del riconoscimento della sentenza, quindi del diniego del trasferimento. Tra i motivi, è possibile trovare: il raggiungimento della prescrizione del reato per il codice italiano, la persona da trasferire non aveva, per la legge italiana, l'età minima per essere penalmente responsabile al momento della commissione del fatto, se al momento della ricezione della sentenza da parte del Ministero della Giustizia, la durata della detenzione è inferiore a sei mesi. L'articolo stabilisce anche alcune garanzie di equo processo nel caso in cui la persona interessata non fosse presente al proprio processo, come la prova che la persona interessata era a conoscenza del processo a sui carico.

6 https://www.antigone.it/quindicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/wp-content/uploads/2019/06/42.-ANTIGONE_XVrapporto_Trasferimento.pdf

ANTIGONE

c. Ordine di Vigilanza Europeo

L'ordine di vigilanza europeo è stato introdotto con la decisione quadro 2009/829/GAI e recepito nell'ordinamento italiano con il decreto legislativo n. 36/2016. Tuttavia, secondo i critici[7], nonostante le "enormi potenzialità" di questa misura, essa è rimasta "completamente inattuata nella prassi italiana".
Al sensi dell'art. 4, la procedura di riconoscimento reciproco riguarda solo le decisioni esecutive di alcune misure cautelari, vale a dire: l'obbligo della persona di comunicare qualsiasi mutamento di residenza; il divieto di visitare determinati luoghi o aree definiti nello Stato di emissione o di esecuzione; l'obbligo di rimanere in un luogo specifico eventualmente in determinati orari; le restrizioni al diritto di lasciare il territorio dello Stato di esecuzione; l'obbligo di presentarsi in orari specifici ad una determinata autorità; l'obbligo di evitare contatti con determinate persone che potrebbero essere coinvolte nel reato commesso; il divieto di esercitare determinate attività professionali.

Il casso dell'Italia come Stato di emissione è regolato dagli artt. da 5 a 8 del decreto. Ai sensi dell'art. 5, il Pubblico Ministero, quando la persona sottoposta a misura cautelare lo richiede, invia la decisione sulla misura cautelare allo Stato membro in cui l'interessato ha la residenza o in cui ha deciso di risiedere per l'esecuzione della misura. La decisione viene inviata immediatamente dopo essere presa insieme alla durata della misura (art. 6). Ai sensi dell'art. 8, una volta riconosciuta la misura cautelare, le autorità italiane non sono competenti a sorvegliare l'esecuzione delle misure medesime. Tuttavia, possono verificarsi alcuni casi in cui le autorità italiane acquisiscono la competenza per sorvegliare l'esecuzione della misura, come ad esempio: quando l'interessato non vive più nello Stato di esecuzione, a seguito di una modifica della misura cautelare da parte delle autorità italiane, non vi è corrispondenza con quelle in vigore nello Stato di esecuzione, le misure cautelari hanno raggiunto la durata massima di applicazione nello Stato di esecuzione.

D'altra parte il caso in cui l'Italia sia lo Stato di esecuzione è regolato dagli artt. da 9 a 16.
Ai sensi dell'art. 9, la richiesta di esecuzione di tali misure viene analizzata dalla Corte d'Appello in cui la persona interessata risiede legalmente e abitualmente nel caso in cui la persona, essendo stata informata delle misure in questione, accetti di tornare il tale Stato.
L'art. 10 stabilisce le condizioni per il riconoscimento delle misure cautelari emanate dallo Stato di emissione, vale a dire: la residenza legale e abituale dell'interessato è in Italia o ha deciso di risiedere in Italia per l'esecuzione della misura, il principio della doppia responsabilità di fatto è rispettato, la durata e il contenuto della misura sono compatibili con quelli previsti dalla legge italiana. L'adattamento del contenuto della misura può essere effettuato dalle autorità italiane se il contenuto o la durata della misura cautelare sono incompatibili con la disciplina delle misure cautelari italiane per gli stessi reati. In questi casi, le autorità italiane procedono all'adattamento della misura che non può comportare un aggravio del contenuto o un allungamento della durata della misura imposta dallo Stato di emissione.

[7] https://canestrinilex.com/en/readings/european-supervision-measures-still-resistances-to-go-beyond-pretrial-detention/

Ai sensi dell'art. 11, se il reato per il quale è richiesta la misura cautelare è punito nello Stato di emissione con una misura detentiva superiore a tre anni ed è contenuto nell'elenco dei reati, non è necessario verificare la doppia responsabilità.
Ai sensi dell'art. 12, la Corte d'Appello decide sul riconoscimento del provvedimento entro dieci giorni dal ricevimento della notifica. Contro la decisione della Corte d'Appello è possibile presentare ricorso in Cassazione.
L'art. 13 elenca i motivi per rifiutare il riconoscimento della misura, tra i quali: la circostanza che il riconoscimento della misura comporterebbe la violazione del *ne bis in idem*, che i fatti oggetti del processo non costituiscono reato nel codice penale italiano (a meno che non si tratti di imposte o di valuta), il caso in cui la persona interessata, al momento della commissione del fatto, non era perseguibile per età.
Ai sensi dell'art. 14, il Procuratore generale informa le autorità emittenti della violazione delle prescrizioni imposte all'interessato, anche attraverso il Ministero della Giustizia.
L'art. 15 stabilisce le ragioni per cui le autorità italiane non sono più competenti per il caso in questione, tra cui: quando l'interessato non risiede più in Italia, quando l'autorità di emissione abbia modificato il contenuto della misura che non corrisponde più alle misure previste dalla legge italiana, quando la durata massima delle misure cautelari è stata raggiunta secondo la legge italiana, quando l'interessato ha violato la misura cautelare e lo Stato di emissione non ha preso una decisione sulla misura.

d. Misure e sanzioni sostitutive

La decisione quadro 2008/947/GAI, recepita nell'ordinamento italiano con il D. Lgs. 15 febbraio 2016, n. 38, riguarda l'applicazione del principio del mutuo riconoscimento al fine di coordinare i casi in cui una sanzione sostitutiva sia emessa in un Paese ed eseguita in un altro[8].
Lo scopo, secondo il considerando 8, è quello di "migliorare le prospettive di reinserimento della persona condannata nella società, consentendole di conservare i legami familiari, linguistici, culturali e di altro tipo, ma anche di migliorare il controllo dell'osservanza delle misure di sospensione condizionale e delle sanzioni alternative, al fine di prevenire la recidiva, tenendo in debito conto la protezione delle vittime e del pubblico in generale". Lo scopo, inoltre, è quello di preservare le opportunità di lavoro o di studio e, allo stesso tempo, di far fronte alla difficoltà di eseguire la supervisione degli obblighi e delle prescrizioni imposte dai singoli Stati membri nel caso di una pena non detentiva inflitta a una persona che non vi risiede legalmente e abitualmente.

In relazione alle disposizione del D. Lgs. 38/2016, l'art. 4 introduce gli obblighi e le prescrizioni che devono essere impartiti nell'ambito della sospensione condizionale della pena, delle sanzioni sostitutive o della liberazione condizionale.

8
https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_2_1.wp?facetNode_1=1_8(2016)&facetNode_3=0_0&facetNode_2=1_8(201602)&previsiousPage=mg_1_2&contentId=SAN1225092#
https://osep.jus.unipi.it/2022/08/01/lesecuzione-delle-misure-alternative-allestero/

Il Pubblico Ministero dell'ufficio giudiziario che ha emesso l'ordinanza è l'organo competente per la trasmissione della sentenza o della decisione di liberazione condizionale all'autorità competente dello Stato membro in cui la persona condannata ha la residenza legale e abituale. È anche possibile, su richiesta della persona condannata, che la trasmissione sia disposta a favore dell'autorità competente di uno Stato membro diverso da quello di residenza legale e abituale, a condizione che tale autorità abbia dato il suo consenso (art. 5).
La trasmissione all'estero deve essere disposta subito dopo il passaggio in giudicato della sentenza o subito dopo la decisione di liberazione condizioni (se gli obblighi e le prescrizioni imposte si riferiscono a un periodo di tempo non inferiore a sei mesi). Il Ministero della Giustizia invia l'ordine di trasmissione all'estero, unitamente alla sentenza o alla decisione di liberazione condizionale o al certificato compilato (allegato al D. Lgs. 38/2016), all'autorità competente dello Stato di esecuzione, prevista traduzione nella lingua di tale Stato. L'esecuzione del provvedimento all'estero può essere revocata quando, se non è già iniziata, l'autorità competente dello Stato di esecuzione comunica che la legislazione di tale Stato prevede l'applicazione di una misura restrittiva della libertà personale di durata superiore a quella prevista dalla legislazione interna. Analogamente, e a condizione che l'esecuzione non sia iniziata, può provvedere quando riceve la comunicazione che l'autorità dello Stato di esecuzione ha preso la decisione di adattare le misure di sospensione condizionale secondo la legislazione di tale Stato.

Il Ministero della Giustizia deve essere informato della trasmissione della sentenza o della decisione di liberazione condizionale (art. 7). Per il riconoscimento della sentenza o della decisione di liberazione condizionale, il condannato deve avere residenza legale e abituale nel territorio dello Stato o manifestare la volontà di recarvisi, il fatto per il quale è stato condannato deve essere previsto come reato anche dalla legge nazionale, la durata e la natura degli obblighi e delle prescrizioni imposte devono essere compatibili con la legge italiana, salvo adattamento.
Inoltre, se la natura o la durata degli obblighi e delle prescrizioni imposte o la durata della sospensione condizionale della pena, delle sanzioni sostitutive o della liberazione condizionale sono incompatibili con la disciplina prevista dall'ordinamento italiano per reati analoghi, la Corte d'Appello procede al loro adeguamento, con le minime deroghe necessarie alle disposizioni dello Stato di emissione. Per le richieste di riconoscimento di una sentenza o di una decisione di liberazione condizionale proposte dalle autorità competenti di uno Stato membro, la Corte d'Appello se ne occupa. Il procedimento si svolge in camera di consiglio e la decisione sul riconoscimento e sul trasferimento della sorveglianza viene emessa entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta.

L'art, 13 del D. Lgs. 38/2016 elenca i motivi di diniego del riconoscimento, tra i quali rientra il caso in cui l'interessato non sia comparso personalmente al processo conclusosi con la sentenza, a meno che il certificato non attesti: che, a tempo debito, è stato convocato personalmente e, come tale, informato della data e del luogo fissati per il processo o che è stato effettivamente informato ufficialmente con altri mezzi, in modo da stabilire inequivocabilmente che ne era a conoscenza, nonché che è stato informato che potrebbe essere emessa una decisione in caso di mancata comparizione in giudizio; o che, essendo a conoscenza della data fissata per processo, hanno conferito un mandato a un difensore da cui sono stati assistiti nel processo; o che, dopo aver ricevuto la sentenza ed essere stati

espressamente informati del diritto a un nuovo processo o un appello entro i termini. Quest'ultimo principio è il risultato di una modifica apportata alla presente decisione quadro, volta a rafforzare i diritti processuali delle persone e a promuovere l'applicazione del principio del reciproco riconoscimento alle decisioni pronunciate in assenza della persona interessata al processo).
La Corte d'Appello è competente per le decisioni relative alla sospensione condizionale della pena, alla libertà vigilata e alle sanzioni alternative, in particolare in caso di inosservanza degli obblighi e delle prescrizioni imposte o se il condannato commette un nuovo reato.

ANTIGONE

3. Quadro nazionale relativo agli imputati e alle persone private della libertà affette da disabilità intellettiva e/o psicosociale

a. Definizione e statistiche nazionali

Definizioni

In Italia, la terminologia utilizzata per riferirsi alle **persone con disabilità intellettiva o psicosociale** è ***disagio psichico***, ampiamente utilizzato nella legislazione nazionale e nella pratica medica del sistema penale.

Nella fase processuale le persone con una presunta disabilità intellettiva o psicosociale possono trovarsi di fronte a diversi scenari.
In primo luogo, possono essere riconosciuti totalmente incapaci ai fini dell'individuazione di una responsabilità penale, e quindi non è possibile accusarli di un crimine (art. 88 c.p.); altrimenti, possono, ai sensi dell'art. 89 c.p., essere riconosciuti parzialmente incapaci ai fini di una imputazione penale, il che non esclude completamente la responsabilità per l'atto commesso, ma potrebbe portare a una riduzione della pena, in quanto fattore attenuante. Infine, dall'altro lato, potrebbero non essere riconosciuti dal perito (o da più periti) come incapaci – né totali né parziali - e potrebbero quindi essere processati e persino condannati.
Questi tre scenari danno luogo ad esiti diversi per quanto riguarda la sanzione inflitta.

Una persona dichiarata **non penalmente responsabile** non può essere imputata in virtù del sistema del doppio binario introdotto in Italia con il Codice Penale (il c.d. Codice Rocco) in epoca fascista nel 1931, ma può essere dichiarato socialmente pericoloso. È questo il gruppo di persone per cui sono stati concepiti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prima, e le Residenze per le Misure di Sicurezza (REMS), oggi. Tuttavia, al riconoscimento della c.d. pericolosità sociale possono seguire diverse misure, tra cui anche l'internamento nelle REMS, che dovrebbero rappresentare l'ultima *ratio* del sistema di trattamento e cura del disagio psichico in ambito penale. Come vedremo, però, il ricorso alla REMS è probabilmente meno di ultima istanza di quando dovrebbe essere.

La persona **parzialmente incapace in relazione alla responsabilità penale**, invece, può essere condannata anche penalmente e quindi non solo amministrativamente (che è la natura della pericolosità sociale). Ciò comporta la possibilità di una pena detentiva di privazione della libertà e la possibilità di entrare nel sistema REMS. La diminuzione della capacità giuridica è una circostanza attenuante nel sistema italiano.

Infine, le persone giudicate idonee al processo, riconosciute colpevoli di un reato e per questo condannate alla reclusione, le cui condizioni mentali peggiorano o sviluppano un problema di salute mentale dopo l'ingresso in carcere, in misura tale da rendere le loro condizioni di salute incompatibili con lo stato di detenzione (c.d. **infermità mentale sopravvenuta** *ex* art. 148 c.p.) o da rendere necessario un periodo di "osservazione" per valutare la loro compatibilità con il carcere (*ex* art. 111.5 del

Regolameno di esecuzione dell'ordinamento penitenziario). Per questo gruppo, gli strumenti di trattamento devono essere reperiti esclusivamente all'interno del sistema carcerario, essendo negata, per legge, qualsiasi "alternativa" (detenzione domiciliare, ricovero in un luogo di cura, libertà condizionale per motivi "terapeutici"). Uno dei luoghi individuati per tutte queste persone sono le articolazioni per la salute mentale (ATSM). Tuttavia, è importante ricordare che prima dell'abolizione degli OPG era possibile per le carceri "inviare" questo gruppo di persone agli OPG, mentre ora non possono accedere al sistema delle REMS. Tuttavia, se dal periodo di osservazione emerge che la loro situazione di salute mentale è incompatibile con il sistema carcerario[9], possono usufruire del rinvio della pena sai sensi dell'art. 147 c.p. e della detenzione domiciliare *ex* art. 47, comma 3, 1-*ter* (la c.d. **detenzione domiciliare "in deroga" o "umanitaria"**). In questi casi, il giudice può disporre che la persona detenuta sia trattata all'esterno del carcere, potendo concedere, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga" (casa o luoghi pubblici di cura, assistenza o accoglienza). In questo modo è possibile garantire la loro salute, ma anche la sicurezza. La valutazione dovrà quindi tenere conto di diversi elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di assistenza offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che lavora nel carcere, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva.

Un'altra importante premessa da fare riguarda il sistema sanitario in Italia, dove – a differenza di altri Paesi – non esiste una omogeneità di servizi dal punto di vista sanitario. Questa situazione è dovuta all'attuale disposizione normativa contenuta nell'art. 117 della Costituzione italiana, che attribuisce alle Regioni e alle Province autonome la competenza esclusiva in materia di sanità. Come si vedrà, ciò comporta diversi limiti importanti per il sistema, come la quasi inesistente raccolta di dati, la difforme applicazione della normativa sulla protezione dei dati e la mancanza di coordinamento tra le diverse istituzioni coinvolte in materia sanitaria.

Dati e statistiche

I dati disponibili sulle persone con disabilità intellettiva o psicosociale nelle carceri e nelle misure alternative alla detenzione sono eterogenei in termini di tempo di riferimento, frammentati e lontani dall'essere completi. Tuttavia, possono essere utili per dare una visione parziale della situazione attuale in Italia.

Alternative alla detenzione

Per quanto riguarda le alternative alla detenzione, è importante fare una differenza tra il periodo precedente all'abolizione degli OPG e quello successivo.

Secondo una ricerca dell'Università di Torino[10], per ciò che concerne il periodo antecedente

[9] Questa possibilità è stata introdotta dalla sentenza n. 99 del 2019 della Corte Costituzionale che ha equiparato la c.d. "grave patologia psichica" alla "grave patologia fisica". Prima di questa sentenza, alle persone con disabilità intellettiva o psicosociale era impedito di usufruire delle possibilità concesse ai malati fisici e, principalmente, del rinvio della pena ai sensi dell'art. 147 c.p. e della detenzione domiciliare *ex* art. 47, comma 3, 1-*ter* (la c.d. detenzione domiciliare "in deroga" o "umanitaria").

[10] https://frida.unito.it/wn_media/uploads/reportsm_1619608492.pdf

l'abolizione degli OPG, le persone che si trovavano sotto il relativo regime erano oltre 1.000. Al 31 dicembre 2002 le persone collocate in OPG erano 1.194, al 31 dicembre 2008 erano 1.434 e al 31 dicembre 2010, periodo in cui si è raggiunto il picco degli ultimi 20 anni, in OPG c'erano 1.600 internati. Al 30 aprile 2017, invece, gli ospiti internati in REMS erano 596.
Allo stesso tempo, il numero delle persone in libertà vigilata è cresciuto negli ultimi 10 anni, passando da 3.061 al 31 dicembre 2011 a 4.264 nel 2020.

Tra i dati quantitativi più problematici c'è quello relativo alle posizioni legali dei pazienti.

Al 31 dicembre 2021, 235 persone avevano una misura di sicurezza definitiva (coloro che non erano penalmente responsabili ma sottoposti a una misura di sicurezza poiché socialmente pericolosi) (*ex* art. 222 c.p.); 250 avevano una misura di sicurezza provvisoria (coloro che erano ancora sottoposti ad un procedimento penale) (art. 206 c.p.)[11]; 65 persone erano parzialmente incapaci in relazione alla responsabilità penale (*ex* art. 219 c.p.) nelle REMS; e 22 persone erano collocate nelle REMS con una sospensione della pena (art. 212 c.p.). Tra il 2017 e il dicembre 2021, i numeri non sono sostanzialmente cambiati. Questi dai sono problematici perché mostrano che le persone con una misura di sicurezza provvisoria erano più di quelle definitive e questa è una delle cause delle lunghe liste d'attesa.

Ci sono altri due dati che necessitano di maggiore attenzione: l'aumento della durata della permanenza in REMS e le "destinazioni" dei pazienti una volta usciti dalla REMS. Entrambi i dati, pur con rilevanti differenze territoriali, fotografano un trend nazionale che dovrebbe preoccupare operatori e *policy maker*.
Al 30 novembre 2020, la durata media della permanenza in REMS fotografata dal Sistema Informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP) era di 236 giorni, tre anni fa, nel 2017, era di 206 giorni. Una crescita costante. Da un'altra indagine condotta dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, la durata media della permanenza nelle REMS è ancora più lunga, nel 2017 era di 365 giorni, nel 2021 sembra che sia di 703 giorni. Ciò significa che una persona rimane internata in REMS per più di due anni. A questo proposito, va ricordato che tra i capisaldi della legge n. 81 del 2014 c'era la necessaria temporalità delle REMS, ma questi dati iniziano a metterla in discussione. È importante monitorare questo aspetto per assicurarsi che, in prospettiva, non si riproponga la questione degli "ergastoli bianchi" (cioè la proroga infinita delle misure di sicurezza), ora prevista dalla legge n. 81 del 2014.
Per quanto riguarda ciò che accade dopo la permanenza in una REMS, i dati mostrano che il "ritorno alla libertà" è un'ipotesi sostanzialmente mai presa in considerazione dai giudici: dei 172 pazienti dimessi dalle REMS nel 2020 (fino al 30 novembre) solo uno è andato agli arresti domiciliari, mentre per il 56% c'è stata la trasformazione della misura in libertà vigilata, per il 30% c'è stata l'applicazione della licenza finale di esperimento (un permesso che può essere concesso in vista della fine della misura di sicurezza finalizzato a dimostrare la capacità dell'individuo di reinserirsi nella società). il 5%

[11] Una differenza rilevante dal punto di vista della legislazione italiana è che la competenza a decider sui provvedimenti provvisori è dei giudici del processo penale (nella quasi totalità dei casi, I giudici per le indagini preliminari), mentre sui provvedimenti definitivi (revoche, proroghe, trasformazione dei provvedimenti) è il giudice di sorveglianza a decidere.

delle persone uscite dalla REMS ha subito la revoca della misura, il 3% è andato in carcere, il 3% ha avuto un'altra misura e l'1% fa riferimento ad eventi eccezionali come il decesso o l'espulsione.
Altri dati numerici sono contenuti nella sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 27 gennaio 2022 (per maggiori dettagli si veda la sezione "Quadro nazionale sulle alternative alla detenzione").

Al 31 luglio 2021, nel Paese erano attive 36 REMS, che ospitavano 596 persone a fronte di una capacità ufficiale di 652 posti. Il rapporto ha evidenziato una discrepanza nelle informazioni sulle c.d. liste di attesa per il collocamento in REMS alle diverse istituzioni: il Ministero della Giustizia aveva 750 persona in lista di attesa, mentre la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ne aveva 658 alla stessa data, e altre 103 persone che non potevano essere collocate in REMS perché erano in carcere o perché irreperibili.

Carcere

Per ciò che concerne le persone con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere, anche la questione della raccolta dei dati è complessa e i dati forniti dall'Amministrazione Penitenziaria sui detenuti con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere dal 2012 ad oggi lasciano molto a desiderare. Innanzitutto, gli unici dati in possesso del DAP riguardavano solo due date: il 31 dicembre 2017 e il 31 dicembre 2021. Nel 2017 il numero delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere per il DAP era pari a 202, la maggior parte delle quali (105) costituita da persone detenute con disabilità intellettiva o psicosociale *ex* art. 111.5 del Regolamento di esecuzione OP n. 230/2000 (detenuti minori psichici) e ospitati in ATSM. Al 31 dicembre 2021, i numeri erano diminuiti, il numero totale di persone detenute con disabilità intellettiva o psicosociale nelle carceri italiane era pari a 172, la maggior parte delle quali appartenenti alla stessa categoria (art. 111.5 del Regolamento) e collocate nelle ATSM.
Il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, nella sua ultima Relazione al Parlamento[12] del 2022, ha presentato dati leggermente diversi, identificando nel numero di 381 le persone con disabilità intellettiva o psicosociale accertata negli istituti penitenziari al 22 marzo 2022. Di questi, la maggior parte (148) erano detenuti che avevano sviluppato una disabilità intellettiva o psicosociale e che dovevano eseguire una misura di sicurezza detentiva (*ex* art. 212.2 c.p.). altri numeri riguardavano le persone ospitate nelle ATSM (*ex* art. 111.5 del Regolamento).
Sono numeri che contrastano fortemente con alcuni studi condotti in Italia da altre organizzazioni. Ma il motivo è facile da spiega: il DAP e il Garante nazionale si riferiscono specificamente alle persone che hanno ricevuto una diagnosi e che sono sottoposte a una misura speciale all'interno delle carceri.

Le sezioni ATSM attive oggi in Italia sono concentrate in 32 istituti penitenziari e sono in tutti 34 (29 per gli uomini, 5 per le donne). Secondo il rapporto del Garante nazionale, a fine aprile 2022 vi erano ospitati 257 persone detenute. Alcune ATSM sono molto piccole e ospitano da 1 a 5 detenuti. Altre sono più grandi, come quella dell'istituto penitenziario di Barcellona Pozzo di Gotto (che tra l'altro è un *ex* OPG) dove, sempre ad aprile, c'erano 50 detenuti in osservazione psichiatrica.

12 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/c85b7b5ddff31461240f4dd55f288c08.pdf pagina 48

Complessivamente, i detenuti rinchiusi in queste ATSM all'interno degli istituti penitenziati sono una percentuale molto bassa dell'intera popolazione detenuta, circa lo 0,5%.

Antigone, che con il suo Osservatorio sulle condizioni di detenzione visita gli istituti di pena italiani da oltre 20 anni, raccogliendo anche informazioni quantitative durante le sue visite, ha dati ben diversi riguardo alla presenza di persone con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere. Tra il 14 settembre 2021 e il 14 settembre 2022, secondo il personale penitenziario, c'erano ben 12,8 persone con diagnosi psichiatrica grave ogni 100 detenuti (nelle 86 carceri visitate nell'arco di tempo indicato su 189 carceri in tutta Italia). Il 27,5% delle persone detenute assumeva stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, antidepressivi (per un totale di circa 6.900 detenuti). Il 39.96% delle persone detenute assumeva sedativi o ipnotici (per un totale di circa 14.700 persone detenute). Inoltre, nel 2021, la percentuale media di persone detenute "con terapia psichiatrica" (cioè che assumono una terapia prescritta da un medio, in modo continuativo e non eccezionale o sporadico) era pari al 40,4%. In altre parole, in media 4 persone detenute su 10 fanno regolarmente uso di psicofarmaci a fronte (si deve presumere) di una qualche disabilità intellettiva o psicosociale, magari non grave, ma che comunque necessita di un trattamento farmacologico. Stiamo quindi parlando di 25.000 persone, a fronte di "sole" 300 ospitate nelle ATSM.
Alla luce di questi numeri, è evidente che le ATSM non sono gli unici luoghi in cui vivono le persone con disabilitò intellettiva o psicosociale; al contrario, le ATSM costituiscono un microcosmo in cui vengono gestiti i casi più gravi (non solo da un punto di vista strettamente medico). Insomma, c'è un universo molto più ampio di perone con patologie mentali anche gravi che vivono "altrove", spesso nelle sezioni ordinarie delle carceri italiane.

Inoltre, negli 86 istituti visitati da Antigone, nel 2021 sono stati effettuati 45 trattamenti sanitari obbligatori (TSO).
Quando si parla di disabilità intellettiva o psicosociale, è importante fare riferimento anche ai detenuti con dipendenze. Secondo Antigone, il 18% delle persone detenute nelle carceri visitate dall'Osservatorio era in terapia per tossicodipendenza.
Infine, erano 30 le persone in attesa di un posto in REMS (44 su tutto il territorio nazionale al 22 marzo 2022 secondo il rapporto del Garante nazionale delle persone private della libertà personale).

Nel maggio 2022, l'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Toscana ha pubblicato uno studio dal titolo "Stato di salute della popolazione detenuta in Toscana: un quadro al 2021. I risultati della V indagine ARS"[13]. Sebbene i dati si riferiscano solo a una delle 20 regioni italiane, la situazione in tutta Italia è indubbiamente simile.
Dallo studio dell'ARS si evince che al 14 febbraio 2021 circa il 70% dei detenuti nelle carceri toscane era affetto da almeno una patologia. Inoltre, nel periodo compreso tra il 2009 e il 2021, la più diffusa tra le patologie presenti nella popolazione carceraria era la disabilità intellettiva o psicosociale che, nel 2021, riguardava il 49,2% dei detenuti. Una percentuale incomparabile rispetto a quella delle altre patologie (appena sotto ci sono, con il 15%, le patologie del sistema circolatorio, endocrino del metabolismo e del sistema immunitario). Le disabilità intellettive o psicosociali colpiscono più o meno

[13] https://www.ars.toscana.it/images/In_cifre_La_salute_dei_detenuti_maggio2022.pdf

tutte le fasce d'età, anche se alcune sembrano essere più colpite di altre. Ad esempio, solo il 5,3% dei detenuti con più di 60 anni sembra soffrirne. Mentre le disabilità intellettive o psicosociali colpiscono quasi il 30% dei detenuti tra i 30 e i 50 anni.
La ricerca afferma: "Su 1.744 persone sottoposte a visita medica, 601 presentano almeno un disturbo psichiatrico [...] Il numero totale di diagnosi inserite è 858 con una media di 1,4 diagnosi psichiatriche per persona detenuta".
Tra le persone con disabilità intellettiva o psicosociale, la percentuale maggiore è rappresentata dalla dipendenza da sostanze (21,8% del campione nel 2021). Seguono i disturbi nevrotici e dell'adattamento (10,8%) e poi i disturbi affettivi psicotici (4,7%), i disturbi della personalità e del comportamento (3,9%), i disturbi alcol-correlati (3,1%) e i disturbi depressivi non psicotici (3,1%). La dipendenza da sostanze colpisce soprattutto le detenute donne (36,2%), mentre i disturbi nevrotici e di adattamento colpiscono gli uomini (10,9%).
Emblematici, invece, sono i dati sulla presa in carico da parte dei servizi territoriali di salute mentale delle persone detenute affette da almeno una disabilità intellettiva o psicosociale. Infatti, le persone detenute per le quali lo studio dell'ARS ha rilevato almeno una disabilità erano in parte già in cura e in parte no. Il 94,9% delle persone detenute non prese in carico dai Servizi di salute mentale non aveva nemmeno una diagnosi. Mentre il 36,5% di quelle in cura ne aveva una.

Infine, per quanto riguarda le carceri, è importante sottolineare i dati sui suicidi. Nei primi otto mesi del 2022, 59 persone si sono tolte la vita in carcere[14]. Più di una ogni quattro giorni. Oltre al numero in termini assoluti, un importante indicatore dell'entità del fenomeno è il tasso di suicidi. Nel 2020, con 61 suicidi, questo tasso è stato di 11 casi ogni 10.000 detenuti, il valore più alto degli ultimi vent'anni. A riprova della natura strutturale del fenomeno, si pone il confronto con quanto accade fuori dagli istituti di pena. Con 0,67 suicidi ogni 10.000 abitanti, l'Italia è generalmente considerata un Paese con un basso tasso di suicidi, uno dei più bassi in Europa. Ciò significa che in carcere, in Italia, si tolgono la vita 16 volte di più che nel mondo esterno. Dai pochi dati disponibili sembrerebbe che almeno 18 delle 59 persone decedute soffrissero di patologie psichiatriche. Alcune diagnosticate, altre presunte e in fase di indagine.

b. Quadro nazionale in materia di privazione della libertà

Gli esperti che sono intervenuti alla Tavola rotonda nazionale o che sono stati intervistati nell'ambito di questo progetto, hanno evidenziato diverse questioni relative alla fase di sperimentazione.
In primo luogo, la questione dell'accertamento della responsabilità penale nella fase processuale è senza dubbio il primo aspetto da evidenziare tra le difficoltà affrontate da imputati e persone detenute con disabilità intellettiva o psicosociale in Italia.
L'accertamento della responsabilità penale nella fase processuale viene solitamente effettuato da un perito. Il perito nominato dal tribunale è innanzitutto da considerarsi indipendente (diverso è il

[14] Antigone, Suicidi. Persone, vite, storie. Non solo numeri Dossier sui suicidi in carcere nel 2022, https://www.antigone.it/upload/Dossier_suicidi_carcere_2022.pdf

discorso per i cosiddetti consulenti di parte che possono essere chiamati a dare un parere sia dalla difesa che dall'accusa). È possibile individuare alcuni limiti di questa pratica.
Innanzitutto, al perito viene chiesto solo di individuare la disabilità intellettiva o psicosociale in vista, però, non di trovare una soluzione terapeutica, una cura, ma di valutarne la natura e la gravità esclusivamente al fine di proporre il giusto metodo di neutralizzazione della persona con disabilità intellettiva o psicosociale affinché prevalga l'interesse alla sicurezza della collettività. La perizia, come detto, sembra sempre "orientata alla pena" e non valuta praticamente mai la possibilità di guarigione e la capacità di sopportare la pressione di un processo. Così, la natura e la gravità della disabilità intellettiva o psicosociale, insieme alla gravità del reato, diventano i criteri su cui il giudice baserà la sua decisione sulla pericolosità sociale dell'imputato. La conseguenza immediata di questo approccio culturale è senza dubbio il fatto che difficilmente la decisione del giudice si concentrerà sulla cura e sulla salute della persona che è stata riconosciuta affetta da una disabilità intellettiva o psicosociale, anche grave.
Inoltre, non sempre i giudici sembrano propensi a richiedere una perizia. Questo limite è particolarmente rilevante quando l'imputato non è ricco o non è ben supportato da una rete familiare o relazionale; ciò accade perché, quando non è il giudice o il pubblico ministero a richiedere l'intervento di un esperto o di un consulente di parte, dovrebbe essere il difensore a fare questa richiesta. Tuttavia, una persona con disabilità intellettiva o psicosociale non benestante difficilmente potrà permettersi un perito. Il gratuito patrocinio di cui possono usufruire per essere difesi da un avvocato dovrebbe teoricamente coprire anche i costi degli interpreti e dei testimoni di parte. Tuttavia, questi esperti raramente accettano pagamenti a rate, come è prassi comune nell'assistenza legale, che - purtroppo - vengono saldati anche tre o quattro anni dopo. A un avvocato intervistato, che si è occupato più volte della difesa di persone con disabilità intellettiva o psicosociale, non è mai capitato di trovare un perito che accettasse di essere pagato con il patrocinio a spese dello Stato.
Nell'ipotesi in cui la persona con disabilità intellettiva o psicosociale sia già in carico ai servizi sanitari sul territorio, è più facile ottenere una perizia per accertare la disabilità intellettiva o psicosociale. In questo caso, la diagnosi del Centro per la Salute Mentale (CSM) viene portata in aula e i giudici spesso vi fanno direttamente riferimento. Diverso è il caso in cui deve essere fatta una prima diagnosi. Secondo un avvocato che abbiamo intervistato, è quasi considerata una fortuna che l'imputato sia detenuto in carcere per una misura di custodia cautelare, perché in carcere potrebbe ricevere una diagnosi da utilizzare poi in tribunale.

La perizia viene richiesta ancor meno dal giudice di sorveglianza, ad esempio quando è necessario un riesame della misura già imposta o una valutazione della revoca.
Da un'intervista con un medico del carcere, è utile citare questa situazione di cui ha potuto dare testimonianza diretta: *"In quell'occasione ho avuto come paziente un* minus habens *e un paziente psichiatrico con difficoltà di comunicazione, difficoltà anche aggravate dalla non conoscenza della lingua italiana, con cui era impossibile comunicare. Al momento del mio arrivo, il paziente era già detenuto da due anni e nessuno aveva mai richiesto una perizia".*

Un altro limite sottolineato della fase processuale sembrerebbe essere quello di una scarsa attenzione nei confronti delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale che sembrano non ricevere un

adeguato supporto durante il procedimento. Sembra cioè che non ci sia una particolare cautela nella gestione del processo, né un supporto psicologico. Sarebbe invece molto importante prendere in considerazione, nella valutazione complessiva della salute mentale dell'imputato, la sua idoneità a sostenere il processo alla luce della sua capacità di sopportare la pressione dello stesso. Gli esperti incaricati di queste valutazioni dovrebbero anche proporre eventuali tutele (sostegno psicologico, pause, ecc.), mentre la necessità di queste forme di protezione per le persone con disabilità intellettiva o psicosociale sembra non essere assolutamente presa in considerazione nell'attuale cultura giudiziaria. Anche di fronte alle evidenti difficoltà di una persona con disabilità intellettiva o psicosociale a comprendere ciò che accade durante il processo, questo non rallenta. Al contrario, sarebbe opportuno che il processo si adattasse alle esigenze della persona con disabilità intellettiva o psicosociale e non il contrario.

Nel caso di persone che durante la detenzione sviluppano sintomi di disabilità intellettiva o psicosociale (*ex* art. 148 c.p.) è necessario un periodo di "osservazione" per valutare la loro compatibilità con il carcere (*ex* art. 111.5 del Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario). È così che sono nate le Unità di Salute Mentale (ATSM). Sono state create per via amministrativa e normativa, senza un preciso quadro giuridico. Sono sezioni prevalentemente gestite dalle autorità sanitarie, concentrate in pochi istituti penitenziari, almeno uno per regione, con un compito quasi impossibile: curare le disabilità intellettive e psicosociali in un luogo di esecuzione della pena. Un ossimoro, che ha prodotto sistematiche violazioni dei diritti individuali e gravi problemi di gestione, più volte evidenziati dalla rete dei Garanti delle persone private della libertà, dalle associazioni per la tutela dei diritti umani e dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura durante le visite ispettive nel nostro Paese.
Le ATSM presentano notevoli criticità: innanzitutto, soffrono dell'assenza di una precisa regolamentazione giuridica e sembrano avere una scarsa efficacia terapeutica. Quella delle ATSM è stata definita una risposta interna alla logica della "psichiatrizzazione degli spazi detentivi", che non è stata minimamente accompagnata da un aumento della presenza di personale sanitario (con un numero insufficiente di psichiatri e psicologi, con l'assenza di altre figure professionali essenziali nei contesti di salute mentale come i tecnici della riabilitazione psichiatrica). Tutto ciò ha come logica conseguenza la riduzione del "trattamento psichiatrico" in questi luoghi a una mera neutralizzazione del detenuto/paziente.
Come detto, le sezioni ATSM in Italia sono concentrate in 32 istituti penitenziari e sono in tutto 34 (29 per gli uomini, 5 per le donne). A fine aprile 2022 vi erano ospitati 257 persone detenute. Tuttavia, come è stato osservato in precedenza, le ATSM non sono gli unici luoghi in cui vivono le persone con disabilità intellettiva e psicosociale e c'è un universo molto più ampio di persone con patologie mentali anche gravi che vivono "altrove", spesso nelle sezioni ordinarie delle carceri italiane.
Questo non è necessariamente negativo, anzi, può temperare lo "stigma" che accompagna la persona con patologia psichica, purché il diritto alla cura e all'assistenza sia garantito anche in quei luoghi "altri", che non sono le ATSM.
Il secondo aspetto, strettamente legato alle ATSM, riguarda il loro funzionamento e la capacità di essere luoghi di cura e non di violazione sistematica della dignità umana.
La questione della gestione delle ATSM, con l'abolizione degli OPG, è diventata molto rilevante. Infatti,

la legge n. 81 del 2014 ha reso impossibile "scaricare" sulle REMS le persone che sviluppano una disabilità intellettiva o psicosociale. Fino ad allora, l'istituzione carceraria aveva infatti la possibilità di avere un istituto su cui "scaricare" tutti i casi problematici e difficili. Il carcere avrebbe continuato a mandare le persone nelle REMS e a sovraffollarle, come faceva prima con gli OPG, utilizzando l'etichetta di disabilità intellettiva o psicosociale come "scusa" per delegare ad altri la gestione di quell'individuo. L'unico modo per rompere questo meccanismo, è stato quello di distinguere la risposta sanzionatoria, precludendo, per legge, la possibilità di ricorrere all'ammissione in REMS.

Il caso Sestante

Una storia, intercettata grazie alle interviste, è emblematica per quanto riguarda gli ATSM e riguarda un giovane detenuto nel carcere di Torino nella sezione ATSM denominata "Sestante". Questo giovane, con una patologia psichiatrica così grave da avere un amministratore di sostegno , era comunque detenuto nella sezione ATSM di Torino. In questa sezione speciale per persone con disabilità intellettiva o psicosociale, le condizioni di detenzione riportate sono state definite pessime, non solo ambienti fatiscenti e sporchi, ma anche assenza totale di contatti umani significativi (isolamento totale dagli altri detenuti), assenza totale di attività, ricorso massiccio (con quelle che poi uno studio della cartella clinica ha definito "dosi abnormi ed esagerate") agli psicofarmaci. Non c'era alcun tipo di comunicazione con la persona rispetto alle sue condizioni e alla terapia somministrata. Strutturalmente, le celle della sezione erano celle lisce, con il bagno in vista - non solo rispetto al letto, ma anche rispetto alle sbarre della cella - la luce era stata tenuta sempre accesa durante i 10 mesi di permanenza del giovane in quella sezione. In pieno inverno, il giovane si è trovato con una finestra rotta, dovendosi attaccare al termosifone - che in uno stato di stordimento dovuto a dosi massicce di farmaci - gli ha provocato un'ustione sulla schiena. La Sezione "Sestante" (ATSM) del carcere di Torino è stata poi chiusa a seguito di una denuncia ufficiale alla Procura della Repubblica presentata da Antigone.

La questione della neutralizzazione attraverso i farmaci è un problema sollevato da tutti gli attori che abbiamo intervistato e ascoltato nella tavola rotonda.

c. Quadro nazionale in materia di misure alternative e libertà vigilata

Il sistema REMS

Le REMS sono state istituite dalla Legge n. 9 del 2012 e dalla Legge n. 81 del 2014 e sono gestite dal Servizio Sanitario delle Regioni e delle Province Autonome; la gestione interna è di esclusiva competenza del Servizio Sanitario. Al Giudice di Sorveglianza è affidato il compito di vigilare sulle strutture (in applicazione degli artt. 677.2 e 679 c.p.p., dell'art. 69 o.p. e dell'art. 5 del suo Regolamento di esecuzione).

Al 31 dicembre 2021, erano 161 le persone in lista d'attesa. Di queste, 64 sono state prese in carico dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL), 37 con Piano terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) erano in strutture assistenziali diverse dalla REMS, 49 erano detenute in istituti penitenziari, 8 erano

collocate in istituti penitenziari con non esecutività della misura di sicurezza, 3 erano detenute in carcere ma con un PTRI già formalizzato e assegnazione a strutture di cura diverse dalle REMS.

La legge n. 81 del 2014 ha inoltre definitivamente abolito il fenomeno dei cosiddetti "ergastoli bianchi"[15] imponendo una durata massima delle misure di sicurezza detentive che non può superare la pena massima prevista per il tipo di reato per il quale la persona è accusata o condannata.

Sebbene si possa pensare che da allora tutte le difficoltà siano state superate, non è stato così. La crisi economica ha portato a una forte riduzione delle risorse destinate alla salute e alla salute mentale in particolare. Tutta l'impalcatura che aveva rappresentato l'abolizione degli OPG, invece di essere rafforzata, è stata in qualche modo trascurata.

Alla fine del 2021, i due Ministeri coinvolti nella questione, il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia, hanno deciso di ricostituire un Organismo di coordinamento presieduto dalla professoressa Nerina Dirindin. L'obiettivo prescritto per l'organismo era quello di capire, nelle Regioni con maggiori criticità, quali misure adottare, soprattutto alla luce dell'ordinanza cautelare n. 131 del 2021 della Corte Costituzionale, in cui la Corte ha formulato dei quesiti sottoposti a tutte le diverse istituzioni coinvolte nella gestione delle disabilità intellettive o psico-sociali all'interno del sistema penale: il Ministero della Giustizia, il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Queste tre istituzioni hanno consegnato alla Corte Costituzionale "un'unica relazione completa, preparata congiuntamente" (d'ora in poi, Relazione).

Alcuni stralci della relazione sono stati pubblicati nella successiva sentenza della Corte n. 22 del 27 gennaio 2022 e contengono informazioni preziose che verranno qui riportate, anche perché spesso si tratta dell'unica fonte di informazioni e dati numerici sull'argomento.

Al 31 luglio 2021, erano 36 le REMS attive nel Paese. A quella data, le REMS ospitavano 596 persone a fronte di una capacità ufficiale di 652 posti; va notato che nelle REMS è attivo un sistema di liste d'attesa e che quindi la differenza negativa nelle ammissioni era legata alle esigenze di quel particolare momento, che coincideva con la pandemia. La Relazione ha evidenziato una discrepanza nelle informazioni sulle cosiddette Liste d'attesa per il collocamento in REMS alle diverse istituzioni: il Ministero della Giustizia aveva 750 persone in lista d'attesa, mentre la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ne aveva 568 alla stessa data, e altre 103 persone che non potevano essere collocate in REMS perché in carcere o perché irreperibili. Se questa può sembrare una mera differenza numerica, in realtà è un indicatore più generale di una difficoltà di comunicazione (che diventa di gestione) tra gli attori istituzionali coinvolti. Il tempo medio di permanenza in lista d'attesa è indicato nella Relazione come 304 giorni; tuttavia, è necessaria un'ulteriore precisazione. Il sistema delle REMS, di esclusiva pertinenza del Servizio Sanitario Nazionale, è organizzato su base regionale e provinciale (per le province autonome); ne consegue - come riportato anche nella Relazione - che i 304 giorni di attesa rappresentano una media nazionale, in quanto esistono differenze molto profonde da Regione a Regione. In alcune regioni il fenomeno delle liste d'attesa sembra essere marginale, mentre

[15] In precedenza, le misure di sicurezza non avevano una durata massima e potevano essere rinnovate a tempo indeterminato. Questa distorsione giuridica ha portato all'esistenza di ergastoli bianchi *de facto*, con persone internate negli OPG per decenni senza una reale riconsiderazione del loro stato di salute mentale.

cinque regioni (Sicilia, Puglia, Campania, Calabria e Lazio) sembrano avere i tempi di attesa più lunghi e anche i numeri maggiori (172 persone in attesa solo in Sicilia). Vale la pena sottolineare l'esistenza del requisito della territorialità per quanto riguarda il collocamento in REMS, il che significa che è improbabile che una persona venga collocata in una REMS in una Regione diversa da quella di residenza (al 31 luglio 2021, solo 19 persone su 596 erano in questa condizione). Al 31 luglio 2021, c'erano 61 persone detenute in lista d'attesa per un posto in una REMS, nessuna delle quali, secondo il DAP, è stata inserita nei servizi psichiatrici ospedalieri (ex art. 286 c.p.p.). Nella relazione, come citato nella sentenza della Corte, si registra anche una diminuzione significativa del numero di persone detenute in attesa di un posto nella REMS, che passa da 98 al 28 ottobre 2020 a 35 al 25 ottobre 2021. Tra il 20 giugno e il 25 settembre 2021, secondo il DAP sono stati emessi 15 ordini di libertà vigilata a favore di persone in lista d'attesa per il collocamento in REMS e precedentemente detenute in carcere.

Nella Relazione, i Ministeri hanno anche individuato alcune delle difficoltà incontrate dal sistema fino a quel momento; il Ministero della Giustizia ha sintetizzato i limiti del sistema nella mancanza di posti nelle REMS e nella difficoltà di comunicazione tra gli attori coinvolti; mentre per il Ministero della Salute, i limiti sono da ricercare nella cultura degli operatori (sanitari, giudiziari e penitenziari).

La Corte Costituzionale, nella sentenza n. 22 del 2022, pur riconoscendo la costituzionalità della legge n. 81 del 2014 e quindi giudicando positivamente il percorso di abolizione degli OPG, ha tuttavia indicato alcuni punti di frizione con i principi costituzionali, indicando in particolare la necessità di dare pronta esecuzione ai provvedimenti giudiziari e chiedendo di affrontare il problema delle liste d'attesa, rimandando quindi analisi e soluzioni dettagliate ai vari attori istituzionali e non escludendo, anzi auspicando, un nuovo intervento legislativo.

La Corte chiede infatti una riforma complessiva e urgente del sistema, che garantisca che l'ammissione alle REMS "abbia un'adeguata base legislative", assicurando al contempo "lo sviluppo e il corretto funzionamento, su tutto il territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a soddisfare le reali esigenze, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente sviluppo di strutture sul territorio in grado di assicurare interventi alternativi adeguati alle esigenze di cura e a quelle, altrettanto essenziali, di tutela della collettività".

Un passaggio critico delle motivazioni della Corte riguarda la natura della misura di sicurezza detentiva che coniugherebbe privazione della libertà e coercizione del trattamento. Un'interpretazione che suscita molte perplessità perché per il reo con disabilità intellettiva o psicosociale non dovrebbero applicarsi le leggi n. 180 del 1978 e n. 219 del 2017, ma ancor più perché sul piano medico psichiatrico non può esserci trattamento senza consenso, partecipazione, responsabilità e prospettiva di libertà. Se tale interpretazione della misura di sicurezza dovesse persistere, si aprirebbe un punto interrogativo sul significato della gestione sanitaria delle REMS.

Altre misure non detentive

Per ogni persona internata in REMS ce ne sono 7-8 che si trovano in altre strutture sul territorio. La legge dice poco su queste strutture e tutto è lasciato alla valutazione individuale del giudice sul caso concreto.

Ci sono persone in libertà vigilata (artt. 228 - 231 c.p.), cioè una misura di sicurezza non detentiva che prevede il rispetto di alcune prescrizioni contenute in un programma allegato alla sentenza. Si tratta principalmente di prescrizioni che prevedono un trattamento, vale a dire che la persona deve intraprendere un percorso di riabilitazione. Ma possono anche contenere disposizioni molto restrittive e limitative della libertà personale vietando, ad esempio, di lasciare le comunità terapeutiche e riabilitative in cui può essere trascorsa la libertà vigilata. Ma possono anche essere più blande e consentire alla persona di intraprendere programmi di lavoro. La legge non dice nulla su come debba essere organizzata la libertà vigilata. L'analisi dei pochi dati disponibili ci dice che circa l'80% delle prescrizioni di libertà vigilata prevede la permanenza in una comunità terapeutica o riabilitativa[16] .
Un'importante distinzione tra le persone con disabilità intellettiva o psicosociale che hanno affrontato il sistema penale e sono finite nelle REMS e quelle che invece hanno ricevuto un'altra destinazione che di fatto ha comportato una limitazione della libertà personale (come l'affidamento in prova in una comunità terapeutica), è l'assenza in questi ultimi casi della regola che prevede un limite temporale alla misura. Infatti, per la libertà vigilata non è prevista una durata massima.
Le REMS, nelle intenzioni del legislatore e come buone pratiche, devono invece diventare una "tappa" di un percorso progressivo (la cosiddetta progressività terapeutica). L'aumento della durata della degenza evidenzia il rischio di trasformare le REMS in ospedali cronici, dove la durata del ricovero non dipende affatto dalle condizioni di salute, quanto piuttosto dalla lentezza dei servizi territoriali nel "prendere in carico" la persona.
Sebbene vi siano evidenti differenze tra i territori, a novembre 2020 i pazienti in REMS senza PTRI rappresentavano il 60% del totale dei pazienti. Senza il PTRI non si possono trovare soluzioni diverse dalla REMS, con la conseguenza di allungare le liste d'attesa e "negare" un posto nella REMS a persone ancora in fase acuta della loro patologia. Collegata alla questione della durata dei ricoveri, c'è la questione del "dopo-REMS". Cosa succede quando la fase acuta del ricovero termina e il paziente è pronto a lasciare la struttura. Come mostrano i dati del primo capitolo, la dimissione della persona senza altre misure è presa in considerazione molto raramente.

Sentenza CEDU sul caso Sy

Un caso emblematico relativo al sistema REMS è quello di Giacomo Sy, che ha portato addirittura a una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Si tratta di un giovane a cui è stato diagnosticato un disturbo di personalità fin dall'adolescenza, ma che ha anche una doppia diagnosi di abuso di sostanze psicotrope. Prima di entrare in contatto con il sistema penale aveva avuto fasi di scompenso clinico molto acute ed era stato sottoposto anche a un TSO; era stato preso in carico dal CSM territoriale e dal SER.D.. Quando ha commesso il primo reato, è stato portato nel carcere di Regina Coeli a Roma. Al momento della detenzione, il giudice ha disposto una perizia dalla quale è emersa l'inidoneità a sostenere il processo, oltre alla pericolosità sociale per problemi psichiatrici che ha implicate l'applicazione provvisoria del collocamento in REMS. La misura provvisoria non è stata eseguita perché non c'erano abbastanza posti in REMS e quindi è rimasto collocato in carcere. La sentenza che lo ha raggiunto nel frattempo era di assoluzione con l'applicazione della REMS come

[16] Miravalle M., Salute mentale, in Antigone, XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione, https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale/ .

condanna definitiva. Non essendoci ancora posti in REMS, la sentenza è diventata definitiva e il giovane è stato rilasciato. All'uscita dal carcere, non c'è stata alcuna presa in carico da parte dei servizi territoriali; grazie al sostegno della famiglia, è stato inserito in una comunità, ma non avendo superato la misura comunitaria, il giovane ha commesso un nuovo reato. Inizia così un altro periodo di detenzione e inizia anche la storia che ha portato al ricorso alla CEDU. Entrò nel carcere romano di Rebibbia NC nonostante una perizia di un anno prima imponesse la prevalenza delle ragioni assistenziali su quelle detentive. Ciononostante, è stato assegnato a una sezione ordinaria del carcere dove è rimasto per circa due anni a fronte di una relazione degli psichiatri del carcere che, cinque mesi dopo l'inizio della detenzione, hanno dichiarato la sua incompatibilità con il carcere a causa del tentativo di suicidio che avrebbe compiuto. Esisteva anche un'ordinanza non eseguita di un giudice che aveva disposto il suo trasferimento in un ATSM, oltre all'ordinanza di applicazione della REMS disposta dal magistrato di sorveglianza e anch'essa non eseguita. Ciò significava che Sy era detenuto in carcere senza una base legale e in carcere è rimasto fino all'intervento della CEDU. Il ricorso alla CEDU ha richiesto misure provvisorie, che sono state concesse; allo stesso tempo, la Corte non ha necessariamente ordinato l'internamento nelle REMS. Nella sentenza sul caso di Sy, la CEDU ha riconosciuto tutte le violazioni sollevate dal ricorrente, tra cui l'art. 3 (divieto di tortura) e l'art. 5 (divieto di detenzione illegale). Tuttavia, la Corte europea non impone misure generali allo Stato italiano, perché non ha ancora riconosciuto la natura strutturale del problema alla base del ricorso. Il giovane è stato trasferito in una comunità perché una successiva perizia aveva indicato questa struttura e non la REMS come più adatta al caso specifico. La comunità che lo ha accolto è stata trovata dalla famiglia e non dal servizio territoriale o dal CSM; un'altra delle distorsioni pratiche che si verificano più frequentemente in queste circostanze in cui sono presenti disabilità intellettive o psicosociali. Anche questo esperimento di comunità è fallito.

Questo caso è utile per identificare i vari problemi che si incontrano in casi di questo tipo. Nel caso di Giacomo Sy, come in altri casi attualmente all'esame della CEDU, è possibile notare una mancanza di coordinamento tra gli operatori sanitari all'interno del carcere e le Unità di Salute Mentale all'interno di un carcere. Non c'è comunicazione nemmeno quando il detenuto rinchiuso nelle ATSM è già noto ai servizi territoriali. Pertanto, gli operatori sanitari del carcere e gli operatori penitenziari in generale non sono a conoscenza della sua situazione; ci vogliono mesi prima che venga fatta una diagnosi e poi che venga somministrato il trattamento. I farmaci somministrati sono generalmente antipsicotici che tendono a distruggere la persona, non c'è un progetto terapeutico né una prospettiva di reinserimento o di trattamento a lungo termine, anche perché per loro il carcere è un luogo temporaneo. Ogni amministrazione coinvolta punta il dito verso un'altra quando si tratta di individuare i responsabili di queste persone e non c'è nessuno che si assuma la piena responsabilità di gestire queste situazioni. La situazione delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale in ambito penale è molto confusa anche dal punto di vista dell'effettiva divisione delle competenze. Ne consegue una situazione di oscurità, che va a scapito di persone che non solo sono vulnerabili, ma nella maggior parte dei casi non hanno nemmeno una rete familiare in grado di prendersi cura di loro, di agire per loro conto.
Ci sono altri casi che sono stati portati all'attenzione dell'ufficio vertenze di Antigone, che riguardano persone (per lo più giovani uomini) che si sono tolte la vita durante la detenzione e che si è scoperto aspettavano in carcere un posto in REMS senza un ordine di detenzione. Queste ed altre storie

sottolineano la questione della mancanza di comunicazione tra i centri di salute mentale esterni agli istituti di pena e le carceri. Se la comunicazione tra i due centri medici avesse funzionato, probabilmente alle persone detenute sarebbero state offerte le cure e i trattamenti adeguati. Si tratta di casi emblematici della mancanza di coordinamento e delle omissioni che questa mancanza comporta quando una persona con disabilità intellettiva o psicosociale entra in carcere.

4. Conclusioni

I casi giudiziari e le interviste raccolte per questo progetto hanno permesso di evidenziare le distorsioni causate dalla frammentazione del sistema sanitario. Non esiste una conoscenza complessiva della reale dimensione quantitativa della realtà della disabilità intellettiva o psicosociale nel contesto penale e penitenziario. Una seria raccolta di dati consentirebbe anche la continuità territoriale delle cure; mentre attualmente il Ministero della Salute non riesce a svolgere questa funzione di raccordo tra le varie ASL e Regioni. Tuttavia, dagli scarsi dati disponibili, risulta evidente la totale inadeguatezza sia dei regimi detentivi offerti sia delle opportunità di cura disponibili per i pazienti detenuti. L'approccio farmacologico e neutralizzante sembra essere la risposta principale, se non l'unica.

Il trattamento delle disabilità intellettive o psico-sociali quando il paziente incontra il sistema penale, quando è accusato o condannato per aver commesso un reato, presenta anche un altro importante limite in Italia. Innanzitutto, la cultura degli attori coinvolti in questo sistema è incentrata sulla prevalenza della dimensione della sicurezza rispetto a quella della cura, il che porta a non costruire un sistema centrato sulla persona e sui suoi bisogni di cura. Infatti, la privazione della libertà della persona con disabilità intellettiva o psicosociale entrata nel sistema penale rappresenta l'ingresso in una bolla in cui si trova momentaneamente neutralizzata e incapace di nuocere alla società. Ma quando la persona esce, in assenza di un sistema in grado di prendersi cura di lei dal punto di vista della salute mentale, tornerà a essere “un problema” e soprattutto a non ricevere un trattamento adeguato.
Invece, la persona presa in carico dal sistema di salute mentale dovrebbe essere seguita integralmente da professionisti, conosciuti dal sistema e accompagnati nel loro percorso. Il trattamento della disabilità intellettiva o psicosociale nella società è un elemento centrale nella prevenzione dei comportamenti criminali e, anche, della recidiva. In questo modo, con la creazione di

un sistema che pone la persona al centro, il ricorso alla privazione della libertà personale (in carcere o nelle REMS) verrebbe ridotto ab origine. Inoltre, tale sistema consentirebbe anche la presa in carico di una persona che - avendo commesso un reato - ha trascorso parte della sua vita in carcere e si appresta a uscirne.

È evidente che l'introduzione delle REMS nel panorama italiano ha rappresentato un grande miglioramento. Tuttavia, i problemi permangono. Se il problema maggiore in questo contesto è senza dubbio rappresentato dalle lista d'attesa, anche altri aspetti della questione mantengono elementi problematici. Ad esempio, gli avvocati hanno sottolineato le difficoltà incontrate dalle persone con disabilità intellettiva o psicosociale che non hanno una rete familiare o relazionale di supporto. In questo caso, è ancora più difficile per loro essere effettivamente prese in carico nelle strutture comunitarie perché c'è uno scarso - se non nullo - coordinamento tra le strutture, c'è difficoltà nel dialogo tra il sistema giudiziario, i giudici di Sorveglianza, gli operatori sanitari, gli assistenti sociali. Può accadere che l'attesa all'interno di una struttura detentiva si prolunghi anche per mesi perché non è possibile trovare una struttura comunitaria dove la persona possa trascorrere la misura mentre viene assistita. Un avvocato intervistato ha riportato il caso di un uomo che ha trascorso 7 anni in una REMS a fronte di una pena massima di 4 anni perché nessuno dei centri territoriali autorizzati aveva risposto al giudice di Sorveglianza rendendosi disponibile ad accogliere l'uomo nella propria struttura.

5. Caso Studio

La creazione del sistema REMS

Come già accennato, il sistema delle REMS, pur rappresentando un passo avanti nel trattamento delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale, presenta molte criticità che dovrebbero essere affrontate dai decisori politici, ma le basi della sua creazione risalgono a vent'anni fa.

Nella sentenza n. 253 del 2003, la Corte Costituzionale ha definito "costituzionalmente illegittimo l'art. 222 c.p. (Ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi *ivi* previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare un'adeguata assistenza all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale". La Corte ha precisato "che l'automatismo di una misura segregante e "totale", quale il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposto dalla legge, anche quando appare in concreto inidoneo, viola l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di tutela dei diritti della persona, nella fattispecie il diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione"[17].

Da allora, ci sono voluti cinque anni e la riforma della sanità penitenziaria del 2008: nel DPCM del 1° aprile 2008, allegato C, si prevedeva l'abolizione degli OPG; gli esperti cominciarono allora a evidenziare il problema della presenza di 6 OPG in Italia, Paese in cui la scelta della deistituzionalizzazione dei malati di mente non autori di reato era stata fatta fin dal 1978 (legge n. 180 del 1978, la cosiddetta legge Basaglia). Questo allegato ha prodotto alcuni effetti che tuttavia sono rimasti confinati agli addetti ai lavori. L'effetto principale che ha prodotto, derivante dalla riforma della sanità penitenziaria, è quello di una migrazione delle competenze sugli OPG dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute (quindi alle Regioni e alle singole Asl).

Nel 2010 è stata istituita la Commissione parlamentare d'inchiesta sugli OPG, presieduta dal senatore Ignazio Marino, che ha rappresentato una svolta in questa materia perché ha fatto vedere al Paese il degrado in cui erano costretti a vivere i detenuti negli OPG. Da quel momento è stato possibile iniziare a pensare alla costruzione di una nuova normativa che portasse all'abolizione e alla chiusura di quelle strutture e alla garanzia dell'avvio di un percorso di cura e protezione per queste persone incentrato sulla salute mentale comunitaria**.** La nuova normativa è stata introdotta con la legge n. 9 del 2012, che però ha fallito il suo obiettivo di riforma.

La legge n. 9 del 2012 è stata quindi integrata dalla legge n. 81 del 2014, che non solo ha posticipato la data della definitiva abolizione degli OPG, ma ha anche specificato meglio il futuro funzionamento di un'area innegabilmente complessa del sistema penale e sanitario. Inoltre, la legge ha istituito un Organismo di coordinamento attivo per il biennio 2014-2016. Si era infatti notato che non tutte le Regioni si stavano muovendo allo stesso ritmo per realizzare strutture sanitarie *ad hoc* (REMS) adatte ad accogliere una parte dei detenuti OPG e dei futuri internati. Anche a livello di istituzioni territoriali,

[17] https://www.altalex.com/documents/news/2003/07/23/ricovero-in-ospedale-psichiatrico-giudiziario-illegittimita-dell-art-222-cod-pen

in quegli anni c'erano molte resistenze ad accettare la creazione di queste strutture sul territorio a causa di una forte mancanza di dialogo istituzionale. Questo meccanismo di coordinamento appena istituito era chiamato a rispondere a tutte queste difficoltà pratiche. Un compito che non è riuscito a portare a termine, tanto che è stato necessario nominare un Commissario *ad hoc* per il biennio 2016-2017.

La legge n. 81 del 2014 ha stabilito alcuni principi fondamentali in materia: innanzitutto ha riconosciuto la priorità dell'assistenza sanitaria, anche assegnando la gestione interna delle REMS esclusivamente alle aziende sanitarie. Inoltre, il focus deve essere sul progetto terapeutico, che deve essere individualizzato; le REMS devono essere organizzate nel rispetto del principio di territorialità dei ricoveri su base regionale rispetto alla residenza della persona da ricoverare; le REMS rappresentano misure da utilizzare come ultima spiaggia, carattere ribadito anche dal sistema delle liste d'attesa. Esse prevengono il sovraffollamento e impediscono anche l'uso improprio o eccessivo di una misura che dovrebbe mantenere un carattere residuale.

È la prima volta che viene introdotto un "*numerus clausus*" nel sistema penale italiano. Un principio tanto banale quanto rivoluzionario: il numero di ospiti della REMS non può mai superare la capienza massima e quindi la REMS non può essere "sovraffollata". Questo ha portato a una "lista d'attesa" di persone che aspettano di essere ammesse in REMS. I casi più critici sono quelli che attendono in carcere, come nel caso di Giacomo Sy, che ha scelto di presentare un ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo, come è stato evidenziato in precedenza.

Nel 2017 tutti gli OPG sono stati chiusi; le persone che vi erano state collocate fino ad allora hanno seguito percorsi diversi: alcune sono entrate nelle REMS, altre sono tornate in libertà dopo anni, non senza qualche difficoltà dovuta anche al lungo allontanamento dalla società libera e alle difficoltà dei servizi sociali territoriali.

Gli OPG sono stati sostituiti da un insieme di servizi sanitari e sociali offerti nella comunità. Il diritto alla salute, che secondo la Costituzione deve essere garantito a tutti gli individui indipendentemente dal loro status giuridico, è stato così collocato a livello formale in una posizione di precedenza rispetto al diritto alla sicurezza, seppur bilanciato con questo. La persona riconosciuta non idonea a essere giudicata penalmente responsabile, accusata o accertata di aver commesso un reato, non doveva più essere semplicemente internata, ma doveva ottenere il diritto di essere assistita e curata. Il sistema di cura pensato a questo scopo doveva essere incentrato sulla comunità e su una pluralità di interventi di cui le REMS dovevano rappresentare l'*extrema ratio*.

Nel 2017, il Consiglio Superiore della Magistratura si è espresso sulla questione come segue: "La riforma, dunque, ha posto al centro del nuovo sistema i Dipartimenti di Salute Mentale, che sono diventati titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi al fine di attuare, di norma, il trattamento in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, quindi, solo un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione degli autori di reato psichiatrici".

Sebbene si possa pensare che da allora tutte le difficoltà siano state superate, non è stato così. La crisi economica ha portato a una forte riduzione delle risorse destinate alla salute e alla salute mentale in particolare. Tutta l'impalcatura che aveva rappresentato l'abolizione degli OPG, invece di essere rafforzata, è stata in qualche modo trascurata da allora.

Alla fine del 2021, i due Ministeri coinvolti nella questione, il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia, hanno deciso di ricostituire un Organismo di coordinamento presieduto dalla professoressa Nerina Dirindin. L'obiettivo prescritto per l'organismo era quello di capire, nelle Regioni con maggiori criticità, quali misure adottare, soprattutto alla luce dell'ordinanza cautelare n. 131 del 2021 della Corte Costituzionale, in cui la Corte ha stabilito che il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia devono essere in grado di gestire il problema. 131 del 2021 in cui la Corte ha formulato dei quesiti sottoposti a tutte le diverse istituzioni coinvolte nella gestione delle disabilità intellettive o psicosociali all'interno del sistema penale: il Ministero della Giustizia, il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Queste tre istituzioni hanno consegnato alla Corte Costituzionale "un'unica relazione completa, preparata congiuntamente", che è già stata presentata in precedenza.

Alcuni stralci della relazione sono stati pubblicati nella successiva sentenza della Corte n. 22 del 27 gennaio 2022 e contengono informazioni preziose che verranno qui riportate, anche perché si tratta spesso dell'unica fonte di informazioni e dati numerici sull'argomento.

Al 31 luglio 2021, erano 36 le REMS attive nel Paese. A quella data, le REMS ospitavano 596 persone a fronte di una capacità ufficiale di 652 posti; va notato che nelle REMS è attivo un sistema di liste d'attesa e che quindi la differenza negativa nelle ammissioni era legata alle esigenze di quel particolare momento, che coincideva con la pandemia. La Relazione ha evidenziato una discrepanza nelle informazioni sulle cosiddette liste d'attesa per il collocamento in REMS alle diverse istituzioni: il Ministero della Giustizia aveva 750 persone in lista d'attesa, mentre la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ne aveva 568 alla stessa data, e altre 103 persone che non potevano essere collocate in REMS perché in carcere o perché irreperibili. Se questa può sembrare una mera differenza numerica, in realtà è un indicatore più generale di una difficoltà di comunicazione (che diventa di gestione) tra gli attori istituzionali coinvolti. Il tempo medio di permanenza in lista d'attesa è indicato nella Relazione come 304 giorni; tuttavia, è necessaria un'ulteriore precisazione. Il sistema delle REMS, di esclusiva pertinenza del Servizio Sanitario Nazionale, è organizzato su base regionale e provinciale (per le province autonome); ne consegue - come riportato anche nel Rapporto - che i 304 giorni di attesa rappresentano una media nazionale, in quanto esistono differenze molto profonde da Regione a Regione. In alcune regioni il fenomeno delle liste d'attesa sembra essere marginale, mentre cinque regioni (Sicilia, Puglia, Campania, Calabria e Lazio) sembrano avere i tempi di attesa più lunghi e anche i numeri maggiori (172 persone in attesa solo in Sicilia). Vale la pena sottolineare l'esistenza del requisito della territorialità per quanto riguarda il collocamento in REMS, il che significa che è improbabile che una persona venga collocata in una REMS in una Regione diversa da quella di residenza (al 31 luglio 2021, solo 19 persone su 596 erano in questa condizione). Al 31 luglio 2021, c'erano 61 persone detenute in lista d'attesa per un posto in una REMS, nessuna delle quali, secondo il DAP, è stata inserita nei servizi psichiatrici ospedalieri (*ex* art. 286 c.p.p.). Nella Relazione, come citato nella sentenza della Corte, si registra anche una diminuzione significativa del numero di persone detenute in attesa di un posto nella REMS, che passa da 98 al 28 ottobre 2020 a 35 al 25 ottobre 2021. Tra il 20 giugno e il 25 settembre 2021, secondo il DAP sono stati emessi 15 ordini di libertà vigilata a favore di persone in lista d'attesa per il collocamento in REMS e precedentemente detenute in carcere.

Nella Relazione, i Ministeri individuavano alcune delle difficoltà incontrate dal sistema fino a quel momento; il Ministero della Giustizia sintetizzava i limiti del sistema nella mancanza di posti nelle REMS e nella difficoltà di comunicazione tra gli attori coinvolti; mentre per il Ministero della Salute i limiti erano da ricercare nella cultura degli operatori (sanitari, giudiziari e penitenziari).

A seguito della ricezione di questo rapporto, la Corte Costituzionale, nella sentenza n. 22 del 2022, pur riconoscendo la costituzionalità della legge n. 81 del 2014 e quindi giudicando positivamente il percorso di abolizione degli OPG, ha tuttavia indicato alcuni punti di frizione con i principi costituzionali, indicando in particolare la necessità di dare pronta esecuzione ai provvedimenti giudiziari e chiedendo di affrontare il problema delle liste d'attesa, rimandando quindi analisi e soluzioni dettagliate ai diversi attori istituzionali e non escludendo, anzi auspicando, un nuovo intervento legislativo.

La Corte chiede infatti una riforma complessiva e urgente del sistema, che garantisca che l'ammissione alle REMS "abbia un'adeguata base giuridica", assicurando al contempo "lo sviluppo e il corretto funzionamento, su tutto il territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a soddisfare le reali esigenze, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente sviluppo di strutture sul territorio in grado di assicurare interventi alternativi adeguati alle esigenze di cura e a quelle, altrettanto essenziali, di tutela della collettività".

Un passaggio critico delle motivazioni della Corte riguarda la natura della misura di sicurezza detentiva che attualmente coniuga privazione della libertà e coercizione del trattamento. Un'interpretazione che suscita molte perplessità perché per il reo con disabilità intellettiva o psicosociale non si applicano le leggi n. 180 del 1978 e n. 219 del 2017, ma ancor più perché sul piano medico psichiatrico non può esserci trattamento senza consenso, partecipazione, responsabilità e prospettiva di libertà. Se tale interpretazione della misura di sicurezza dovesse persistere, si aprirebbe un punto interrogativo sul significato della gestione sanitaria delle REMS.

Grandi limiti riguardano l'intero sistema di misure rivolte alle persone con disabilità intellettiva o psicosociale che sono riconosciute come persone non imputabili. Nel loro caso, l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari avrebbe dovuto provocare anche un cambio di paradigma da quello incentrato sulla prevalenza dell'interesse pubblico alla sicurezza (che comportava una "neutralizzazione" della persona) alla prevalenza del diritto alla cura della salute (bilanciato dal diritto collettivo alla sicurezza) della persona dichiarata inabile al processo a causa di una disabilità intellettiva o psicosociale. Per questo motivo, nell'idea del legislatore del 2014, l'introduzione delle REMS avrebbe dovuto rappresentare un'*extrema ratio* in un quadro di gestione dei casi di pericolosità sociale che avrebbero dovuto essere gestiti sul territorio e dal territorio in particolare dai servizi di salute mentale. Tuttavia, il limite maggiore sta proprio qui. Sono poche le strutture residenziali (ad esempio le strutture comunitarie) in grado di far fronte a queste richieste, scarso se non nullo il coordinamento territoriale tra autorità sanitarie, tribunali e strutture comunitarie. Esistono inoltre resistenze nella cultura di tutti gli attori istituzionali coinvolti in questa problematica, che finiscono per ricorrere più facilmente ai percorsi noti, preferendo la detenzione o comunque le misure di privazione della libertà.

Le REMS presentano anche alcuni limiti, tra cui il fatto che le liste d'attesa sono spesso occupate da

persone che attendono in carcere (la Corte europea dei diritti dell'uomo si è recentemente espressa nel caso Sy vs Italia). In secondo luogo, sebbene la legge che ha portato all'abolizione degli OPG abbia abolito anche i cosiddetti "ergastoli bianchi", imponendo un limite massimo alla durata della misura di reclusione nelle REMS, facendolo coincidere con la durata della pena massima prevista per il reato commesso, nella realtà l'uscita dalle REMS spesso non è così semplice e lineare.

Inoltre, la creazione del sistema delle REMS ha provocato un effetto importante sulla gestione delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale nelle carceri all'interno delle ATSM. Infatti, la legge n. 81 del 2014 ha reso impossibile "scaricare" le persone che sviluppano una disabilità intellettiva o psicosociale sulle REMS. Fino ad allora, l'istituzione carceraria aveva infatti la possibilità di avere un istituto, gli OPG, su cui "scaricare" tutti i casi problematici e difficili. Il carcere avrebbe continuato a mandare le persone nelle REMS e a sovraffollarle, come faceva prima con gli OPG, usando l'etichetta di disabilità intellettiva o psicosociale come "scusa" per delegare ad altri la gestione di quell'individuo. L'unico modo per rompere questo meccanismo, è stato quello di distinguere la risposta sanzionatoria, precludendo, per legge, la possibilità di ricorrere al ricovero in REMS.

Nonostante i numerosi limiti e le criticità del sistema REMS, è innegabile che esso rappresenti un grande miglioramento rispetto al precedente sistema degli OPG sia in termini di condizioni di detenzione (in passato definite "indegne di un Paese civile" dal Presidente della Repubblica) sia di servizio di salute mentale, ora orientato ai bisogni di cura della persona. Da questi punti di vista, il sistema REMS può essere considerato un successo, anche se molti miglioramenti devono ancora essere fatti.

ANTIGONE

6. Raccomandazioni chiave

Molte delle raccomandazioni sono già state citate nel rapporto, ma è possibile riassumere qui le principali.

Per le persone con disabilità intellettiva o psicosociale durante le fasi processuali:

1. Aumentare il sostegno alle persone con disabilità intellettiva o psicosociale durante la fase processuale, in modo da facilitare la loro partecipazione al procedimento;
2. Formare gli attori giudiziari in merito alle esigenze delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale;
3. Stanziare risorse sufficienti per garantire che la disabilità psicosociale sia individuata e presa in considerazione fin dalle prime fasi del procedimento penale;

Per le persone con disabilità intellettiva o psicosociale che scontano misure di sicurezza in comunità o nel sistema REMS:

4. Aumentare i servizi di salute mentale e i servizi residenziali di salute mentale sui territori per aumentare le possibilità di presa in carico territoriale delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale e diminuire la permanenza nelle REMS o nelle carceri in attesa di una misura alternativa o di un posto in REMS;
5. Aumentare il numero delle REMS in modo da garantire almeno un servizio per regione e assicurare una reale territorialità della misura di sicurezza;
6. Formare gli operatori giudiziari sulle opzioni disponibili in merito alle misure di sicurezza per le persone con disabilità intellettiva o psicosociale, in modo da evitare l'uso eccessivo delle REMS e lunghe liste di attesa;

Per le persone con disabilità intellettiva o psicosociale in carcere:

7. Aumentare il numero e le risorse di professionisti della salute mentale che lavorano nelle carceri in modo da fornire livelli di assistenza più elevati e, anche per le persone detenute, garantire almeno un servizio ATSM per regione e assicurare una reale territorialità della misura di sicurezza;
8. Garantire gli stessi standard di cura della salute mentale negli ATSM (così come in altri tipi di "reparti di osservazione") e nei servizi di salute mentale della comunità (SPDC);

Per migliorare il coordinamento tra le istituzioni:

9. Migliorare la cooperazione tra le regioni e le diverse istituzioni che si occupano di persone con disabilità intellettiva o psicosociale;
10. Istituire un database unico per la raccolta dei dati sulle persone con disabilità intellettiva o psicosociale sottoposte a misure di sicurezza;

Come misura preventiva:

11. Aumentare i servizi di salute mentale e i servizi territoriali a sostegno delle persone con disabilità intellettiva o psicosociale come misura di prevenzione.

ANTIGONE

12. Bibliografia

Antigone, Suicidi. Persone, vite, storie. Non solo numeri, 2022, https://www.antigone.it/upload/Dossier_suicidi_carcere_2022.pdf

Camera G., Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute in La tutela della salute nei luoghi di detenzione a cura di Antonella Massaro pp.117-124, 2017.

Corleone F., Pugiotto A., Volti e maschere della pena. Una riflessione sui tanti volti della pena e sui suoi mascheramenti. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa, Ediesse, Roma, 2013.

Di Lillo m., Il problema della salute mentale in carcere, 2019, https://antigoneonlus.medium.com/il-problema-della-salute-mentale-in-carcere-4ae94fe83391

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

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

Frances A., Primo, non curare chi è normale, Bollati Boringhieri, Torino, 2013.

Gallio G., Cogliati Dezza M.G., La città che cura, Merano, 2018.

Laganà D., Psicologia del suicidio in carcere, una valutazione comparativa tra nuovi giunti e detenuti con "fine pena mai", 2019.

Miravalle M., Salute mentale, in Antigone, XVIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, 2022 https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale

Miravalle M., Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici Giudiziari, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2015.

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

Pelissero M., Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione, Giappichelli, Torino, 2008.

Pellegrini P. et al., Soggetto, Persona, Cittadino, Merano, 2019.

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

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

Prison Insider, Walling up madness, 2022, https://www.prison-insider.com/en/articles/l-enfermement-a-la-folie

Ronco D., Cura sotto controllo, Roma, 2018.

Ronco D., Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere, Carocci, Roma, 2018.

Stato di salute della popolazione detenuta in toscana: la fotografia del 2021: https://www.ars.toscana.it/images/In_cifre_La_salute_dei_detenuti_maggio2022.pdf

Sterchele L., Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario, Milano, 2021.

JUSTICE FOR ALL

LUDWIG BOLTZMANN INSTITUTE Fundamental and Human Rights

MENTAL HEALTH PERSPECTIVES

ANTIGONE

The Peace Institute 30 Institute for Contemporary Social and Political Studies

Fachhochschule Dortmund University of Applied Sciences and Arts

BULGARIAN HELSINKI COMMITTEE