

ANTICIPAZIONI

KARMA NATALI

Vita quotidiana e diritti dei pazienti ricoverati nelle REMS: i modelli di organizzazione interna*

A dieci anni di distanza dall'istituzione delle REMS permangono notevoli incertezze sulle regole che devono essere rispettate nel governare, in concreto, la vita quotidiana dei pazienti, dal momento che le restrizioni proprie dell'esecuzione della misura di sicurezza detentiva devono necessariamente combinarsi con l'attuazione del mandato terapeutico. Il tema viene analizzato dall'Autrice nella sua dimensione precettiva e attuativa, anche sulla base dei risultati di un'indagine condotta sui regolamenti interni adottati dalle singole residenze.

Daily life and rights of patients admitted to the REMS: models of internal organisation

Ten years after the establishment of the REMS there are still considerable uncertainties about the rules that must be respected in governing the daily life of patients, since the restrictions inherent in the execution of the detention security measures must necessarily be combined with the implementation of the therapeutic mandate. The topic is analysed by the Author in its preceptive and implementation dimension, also on the basis of the results of a survey conducted on the internal regulations adopted by the individual residences

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. Il quadro precettivo di riferimento. - 3. Il ruolo del regolamento interno. - 4. Uno sguardo d'insieme sui regolamenti delle REMS. - 5. I contenuti ricorrenti nei regolamenti: a) l'attività di assegnazione e inserimento nella struttura. - 6. Segue: b) personale. - 7. Segue: c) progetti terapeutici. - 8. Segue: d) effetti personali. - 9. Segue: e) diritti del paziente. - 10. Segue: f) corrispondenza. - 11. Segue: g) colloqui. - 12. Segue: h) doveri del paziente. - 13. Conclusioni

1. *Premessa.* Tra i numerosi interrogativi che interessano l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, il tema della gestione della vita all'interno delle REMS potrebbe sembrare un problema minore. In realtà, le incertezze che si registrano su questo fronte sono tutt'altro che marginali e rischiano di insinuare qualche dubbio sulla coerenza complessiva delle riforme attuate in materia nell'ultimo decennio¹. Pur assegnando la conduzione delle REMS al servizio sanitario (e non all'amministrazione penitenziaria), infatti, il legislatore ha omesso di dettare una normativa *ad hoc* che tenesse in debito conto le particolarità di queste strutture. Il risultato è un sistema fortemente eteroge-

* Saggio in corso di pubblicazione nel volume PELISSERO-SOMPARI-TORRENTE, *Dieci anni di Rems: un'analisi interdisciplinare*, Torino.

¹ Ci si riferisce, per l'esattezza, al d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni nella L. 17 febbraio 2012, n. 9; al d.l. 25 marzo 2013, n. 24, convertito con modificazioni nella L. 23 maggio 2013, n. 57; e al d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni nella L. 30 maggio 2014, n. 81.

neo, governato da plurime prassi locali, in cui aspetti basilari dell'esistenza dell'individuo ristretto vengono rimessi alle scelte delle singole residenze, anche in funzione della discrezionale attuazione dell'opera terapeutica.

Nel tentativo di fotografare la situazione attuale, si è deciso di coinvolgere le strutture dislocate nel territorio nazionale, a cui è stato chiesto di condividere i propri regolamenti interni. I documenti inviati dalle direzioni, unitamente a quelli (pochi) reperibili su internet, sono stati confrontati e il frutto della ricerca è esposto nelle pagine che seguono².

2. Il quadro precettivo di riferimento. Chiamate ad accogliere persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia³, le REMS ospitano soggetti le cui libertà sono limitate da un provvedimento dell'autorità giudiziaria, ma che, al contempo, sono bisognosi di cure, in quanto affetti da patologie psichiatriche o gravi disturbi della personalità. La maturata consapevolezza circa la specificità degli interventi da attivare nei confronti dei destinatari di queste misure ha infatti condotto al superamento del sistema impostato sugli OPG⁴: sicché oggi, ricorrendone i presupposti, l'infermo (o il seminfermo) di mente autore di un fatto costituente reato è collocato in strutture a vocazione riabilitativa e a «esclusiva gestione sanitaria», in cui l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna è prevista solo come eventuale, in relazione alle condizioni dei pazienti interessati⁵.

La valorizzazione dell'elemento terapeutico avrebbe giustificato l'emanazione di una legge (o di un atto avente forza di legge) che definisse la cornice normativa entro cui queste nuove strutture possono operare – e dunque esercitare il loro potere di autoregolamentazione –, nonché, a monte, i profili giuridi-

² In totale, sono risultati reperibili i regolamenti relativi a diciassette strutture. Si coglie l'occasione per ringraziare tutte le direzioni e le amministrazioni delle residenze che si sono rese disponibili condividendo i propri materiali ai fini della presente ricerca.

³ Così l'art. 3-ter comma 2 d.l. n. 211 del 2011. Si veda altresì il comma 4 della medesima disposizione, in cui si precisa che «le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente» nelle REMS.

⁴ Cfr. PELISSERO, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in *Dir. pen. proc.*, 2014, 8, 918 ss. Più recentemente, S. FINAZZO, *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (introduzione delle R.E.M.S.)*, in *Dig. disc. pen.*, Agg. X, 2018, 681 ss.

⁵ Si vedano le lett. a e b dell'art. 3-ter comma 3 d.l. n. 211 del 2011 che, congiuntamente alla lett. c (in cui si afferma il criterio di territorialità nell'assegnazione, sul punto, *infra*, nota 35), definivano i parametri per l'adozione del decreto di natura non regolamentare che avrebbe stabilito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, delle REMS (poi d.m. 1° ottobre 2012).

ci delle persone ivi ricoverate, adattandoli all'innovato approccio sanitario. Su questo versante, però, nessuna indicazione è pervenuta dal legislatore, evidentemente più concentrato sull'obiettivo di scardinare le porte degli OPG, attraverso il completamento della transizione dal modello penitenziario a una gestione di tipo sanitario.

Si tratta di una leggerezza che rischia di essere pagata a caro prezzo. I silenzi del legislatore, infatti, hanno indirettamente confermato l'applicabilità, anche all'interno di queste residenze, dell'impianto normativo originario, previsto per le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia. Immutato il titolo che legittima la privazione della libertà personale (che rimane quello di cui agli artt. 219 e 222 c.p.), gli individui ristretti nelle REMS sono ancora oggi qualificabili con l'anacronistico appellativo di "internati"⁶; con la conseguenza che, almeno formalmente, sarebbe loro applicabile non solo l'insieme delle disposizioni dettate dal codice penale e dal codice di rito in relazione agli internati, ma anche la disciplina stabilita dalla L. 26 luglio 1975, n. 354, e dal relativo regolamento di esecuzione⁷.

Avversata da alcuni per le ragioni di cui si dirà a breve, tale ricostruzione potrebbe essere invero contestata in forza di un argomento di natura testuale. Poiché l'art. 3-ter del d.l. n. 211 del 2011 prescrive l'«esclusiva gestione sanitaria» delle strutture in esame, si potrebbe sostenere che il legislatore abbia inteso dare un "colpo di spugna" a tutta la normativa penitenziaria: in quel lapidario inciso risiederebbe una sorta di delega in bianco, finalizzata a lasciare le mani libere al servizio sanitario in funzione della particolare situazione in cui versano le persone accolte nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Tuttavia, in assenza di una base legale "sostitutiva" dell'ordinamento penitenziario, quest'ultima posizione parrebbe insostenibile, perché inevitabilmente destinata a scontrarsi con il tessuto costituzionale, e segnatamente con l'art. 13 Cost. Anche in un contesto a esclusiva gestione sanitaria, la restrizione della libertà personale deve sempre essere attuata nelle modalità previste dalla leg-

⁶ Rilevano il problema, da ultimo, PELISSERO, *I mutamenti della disciplina delle misure terapeutiche e gli effetti indiretti sul giudizio di pericolosità sociale*, in *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale: tra sistema penale e servizi sanitari*, a cura di Bevilacqua-Notaro-Profeta-Ricci-Savarino, Torino, 2021, 19 s.; MASSARO, *Le REMS e "la sottile linea rossa tra il senno e la follia"*, *ivi*, 56; BOSI, *Trattamento degli autori di reato affetti da malattia psichica, tra disciplina normativa vigente e prospettive future*, *ivi*, 182 s.

⁷ *Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà* di cui al d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230 (di seguito, reg. esec.).

ge⁸. Mancando una disciplina specifica, quindi, l'osservanza delle disposizioni penitenziarie si direbbe una scelta obbligata, pur con le ricadute nocive che questa soluzione comporta.

Del resto, è evidente che l'integrale trasposizione delle regole sulla vita detentiva risulta scarsamente compatibile con una gestione sanitaria, fondata sui principi della *governance* clinico-assistenziale⁹. E ciò non solo dal lato del paziente, ma anche da quello dell'amministrazione, che sarebbe costretta a misurarsi con strumenti - come il sistema disciplinare - esorbitanti dalla sua *mission* istituzionale¹⁰. Insomma, allo stato attuale, se difficilmente si può escludere che il soggetto ricoverato nella REMS conservi lo *status* di internato (con le relative conseguenze sul piano giuridico), sul fronte applicativo si «deve tener conto del nuovo contesto di disciplina che fa da sbarramento alle norme che entrano in collisione con il contesto esclusivamente sanitario» delle residenze¹¹.

Stando così le cose, dunque, non sorprende che buona parte delle strutture abbia rivendicato la conduzione e la piena competenza auto-organizzativa delle residenze *de quibus*: con l'effetto che, all'atto di approvare i propri regolamenti interni, alcune direzioni hanno passato al setaccio le norme dell'ordinamento penitenziario, selezionando e, in alcuni casi, riadattando le disposizioni di quel testo da esportare nella REMS¹².

Comprensibile negli intenti, tale pratica rischia però di rivelarsi pericolosa, in primo luogo, perché incoraggia la proliferazione di prassi locali, a detrimento del valore dell'uniformità. È sufficiente un esempio: in alcune strutture sono

⁸ Cfr. DI GENNARO-BONOMO-BREDA, *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1980, 5 s.; FASSONE, *La pena detentiva in Italia dall'800 alla riforma penitenziaria*, Bologna, 1980, 146 s.

⁹ Cfr. la Relazione presentata dalla Commissione presieduta dal Prof. Pelissero (*Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie*), costituita con d.m. 19 luglio 2017 e prorogata con d.m. 22 dicembre 2017. Il testo è reperibile all'indirizzo www.giustizia.it (si veda in particolare da pagina 138 ss.).

¹⁰ Non a caso, il d.lgs. 2 ottobre 2018, n. 123, ha ridisegnato l'assetto del consiglio di disciplina espungendo dalla platea dei partecipanti la figura del sanitario: sulle ragioni della scelta, FIORENTIN, *La riforma penitenziaria*, Milano, 2018, 81.

¹¹ PELISSERO, *Sistema sanzionatorio e infermità psichica. I nodi delle questioni presenti tra riforme parziali effettuate e riforme generali mancate*, in *questa Rivista*, 2019, 3, 24.

¹² A fornire indicazioni poco chiare è, del resto, anche il d.m. 1° ottobre 2012 (Allegato A), nella parte in cui prevede che «[c]on appositi Accordi tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sarà regolamentato lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e alle forme dei rapporti con la magistratura».

di regola assicurati sei colloqui mensili (come vuole l'art. 37 comma 8 reg. esec.), mentre in altre le visite si riducono sensibilmente (anche a una ogni quindici giorni). Entrambe incluse nei rispettivi regolamenti interni - e dunque stabilite in generale per la struttura, non rapportate al singolo utente per ragioni terapeutiche¹³ -, le due previsioni disciplinano in maniera differente due situazioni assimilabili: nel caso di specie, appunto, il diritto dell'individuo collocato nella REMS di incontrare propri affetti.

Alla richiamata controindicazione va poi aggiunto che il binomio legge del 1975 e regolamento del 2000 non si occupa solo di stabilire il regime "detentivo". Escluso che, in assenza di una legge *ad hoc*, si possa rinnegare l'applicazione della normativa penitenziaria (pena la violazione dell'art. 13 Cost.), i regolamenti interni dovrebbero rimanere nell'ambito di quella cornice giuridica anche perché da essa dipende l'attuazione di tutta una serie di garanzie, ad oggi irrinunciabili in contesti privativi della libertà personale. In altre parole, a sistema normativo invariato, confermare l'osservanza dell'ordinamento penitenziario nelle REMS significa anche proteggere l'esercizio di diritti, l'accesso alla giustizia e soprattutto il ruolo di vigilanza affidato alla magistratura di sorveglianza, che, peraltro, sarebbe opportuno non estromettere dal percorso di redazione del regolamento della struttura (così come previsto dall'art. 16 comma 2 ord. penit.). In direzione opposta rispetto alle coordinate penitenziarie, invece, l'esperienza dimostra che solo saltuariamente si è fatto ricorso a una procedura che coinvolgesse direttamente il magistrato nell'approvazione del regolamento¹⁴.

D'altra parte, anche nell'ambito dei lavori della Commissione presieduta dal Prof. Pelissero si era fatto notare che alcune norme della disciplina penitenziaria avrebbero dovuto «certamente» essere assicurate ai pazienti delle REMS, «come le disposizioni che prevedono i rapporti con la magistratura di sorveglianza (art[t]. 35-*bis*, 35-*ter*; 69 [ord. penit.]) e quelle che consentono l'accesso all'area penale esterna» (lavoro all'esterno *ex art.* 21 ord. penit., permessi *ex art.* 30 ord. penit., licenze *ex art.* 53 ord. penit. e semilibertà *ex art.* 48 ord. penit.); lo stesso è a dirsi per le statuizioni di cui al Capo II del Titolo I, in quanto conciliabili con le esigenze terapeutiche del singolo¹⁵. Per converso, si giudicavano «incompatibili con la gestione sanitaria» il regime di sorveglianza particolare e quello disciplinare: una precisazione opportuna¹⁶,

¹³ *Infra*, § 11.

¹⁴ *Infra*, § 4.

¹⁵ Così, la relazione della *Commissione per la riforma*, cit., 139.

¹⁶ Militava in questo senso anche l'art. 20 reg. esec. nella parte in cui ammetteva l'irrogazione di sanzioni

che non può che rimarcare la necessità di un intervento legislativo, volto a chiarire quantomeno quali parti dell'ordinamento penitenziario sia lecito estromettere (o confermare) dal settore dedicato alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

A dimostrazione di quanto affermato nelle pagine precedenti risulta particolarmente significativo che la Corte costituzionale abbia recentemente salvato la normativa incardinata sull'art. 3-ter d.l. n. 211 del 2011 dalle censure sollevate dal giudice per le indagini preliminari di Tivoli in ordine al mancato rispetto delle riserve di legge previste dagli artt. 25 comma 3 e 32 comma 2 Cost. - non perché non condividesse i dubbi del rimettente, bensì - perché una dichiarazione di illegittimità avrebbe determinato «l'integrale caducazione del sistema delle REMS», producendo «un intollerabile vuoto di tutela di interessi costituzionalmente rilevanti»¹⁷.

Nell'attesa di un intervento normativo che - come richiesto dalla Corte costituzionale¹⁸ - dovrà disciplinare esattamente le modalità di esecuzione delle misure di sicurezza che oggi comportano il collocamento dell'individuo nelle REMS, pare dunque di primaria importanza concentrarsi sui regolamenti interni delle strutture. E sul punto occorre da subito segnalare che diversi modelli visionati sembrano conformarsi - almeno come intento programmatico - alle indicazioni fornite dalla Conferenza unificata. L'accordo siglato in data 26 febbraio 2015, infatti, oltre a consolidare i compiti di vigilanza assegnati alla magistratura di sorveglianza (artt. 677 comma 2 e 679 c.p.p., art. 69 ord. penit. e art. 5 reg. esec.), stabilisce che «i diritti delle persone internate negli OPG - ivi inclusi i diritti aventi ad oggetto specificamente la salute di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 - sono disciplinati dalla normativa penitenziaria di cui alla l. 26 luglio 1975, n. 354 e dal decreto [del] Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 e, segnatamente, da[l] Capo I, Titolo I «Principi direttivi» e [dal] Capo II, Titolo I «Condizioni generali» delle

disciplinari nei confronti degli infermi e dei seminfermi di mente «solo quando, a giudizio del sanitario, esista la sufficiente capacità naturale che consenta loro coscienza dell'infrazione commessa ed adeguata percezione della sanzione conseguente». Tale previsione, ormai da considerare desueta - in quanto applicabile «fino alla completa attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230» -, offre comunque qualche spunto interessante: primo fra tutti l'impossibilità di avvalersi di sanzioni non previste dall'ordinamento penitenziario (la disposizione, infatti, permette solo di attuare o non attuare il regime disciplinare previsto dalla legge).

¹⁷ Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, in www.giurcost.org.

¹⁸ Il giudice delle leggi ha infatti evidenziato «l'urgente necessità di una complessiva riforma di sistema, che assicuri», tra le altre cose, «un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza», secondo i principi enucleati dalla stessa Corte costituzionale (Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, cit.).

citare leggi»: anche ai pazienti delle REMS tutti questi diritti devono essere assicurati «in base ai principi del Servizio Sanitario Nazionale, secondo proprie procedure ed organizzazione; [...] in tal senso, detti diritti sono pienamente garantiti, in prospettiva ampliativa, anche in considerazione della esclusiva gestione sanitaria»¹⁹.

3. *Il ruolo del regolamento interno.* Alla necessità di un regolamento interno fa esplicita menzione il d.m. 1° ottobre del 2012, che è il decreto interministeriale con cui sono stati definiti i «requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi» delle REMS²⁰. A riguardo, però, le indicazioni fornite sono alquanto circoscritte²¹, per cui l'effettiva portata della fonte subordinata va ricavata per via interpretativa, in considerazione di quanto prescritto dal combinato disposto degli artt. 16 ord. penit. e 36 reg. esec. e del ruolo che tale atto assume nel settore delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Per come congegnato nell'ordinamento penitenziario, il potere di autoregolamentazione deve coprire numerosi ambiti²²: «oltre alle modalità degli interventi di trattamento e a quanto previsto dagli articoli 16 e 31 della legge [del 1975] e dagli articoli 8, 10, 11, 13, 14, 37, 67 e 74 [reg. esec.]», infatti, esso stabilisce gli «orari di apertura e di chiusura degli istituti», gli «orari relativi all'organizzazione della vita quotidiana della popolazione detenuta o internata», le «modalità relative allo svolgimento dei vari servizi», gli «orari di permanenza nei locali comuni», gli «orari, i turni e le modalità di permanenza all'aperto», i «tempi e le modalità particolari per i colloqui e la corrispondenza anche telefonica», le «affissioni consentite e le relative modalità», nonché i «giochi consentiti»²³. La sua funzione è quindi duplice: dare pratica attuazione al trattamento e al regime previsti dalla normativa penitenziaria²⁴, assicurando altresì che i soggetti interessati vengano a conoscenza delle regole di dettaglio

¹⁹ Si veda il testo dell'accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 26 febbraio 2015 (rep. n. 17/CU), reperibile all'indirizzo www.archivio.statoregioni.it.

²⁰ Emanato dietro mandato dell'art. 3-ter comma 2, il d.m. 1° ottobre 2012 (Allegato A) è un decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

²¹ L'Allegato A del d.m. 1° ottobre 2012, infatti, si limita a prevedere che «a cura del Responsabile della struttura, sarà redatto apposito regolamento interno che disciplini gli oggetti che i ricoverati possono detenere ed utilizzare, in conformità di quanto sarà disciplinato da successivi Accordi».

²² Per uno schema si può visionare la circolare GDAP 0308268 del 17 settembre 2008, relativa ai regolamenti interni per gli istituti e le sezioni femminili.

²³ Art. 36 comma 2 reg. esec. Si veda anche la Circolare DAP del 13 agosto 1999, n. 3505/5955.

²⁴ Cfr. CANEPA-MERLO, *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 2010, 129.

prescritte per la sede detentiva di riferimento²⁵.

All'importanza del compito rivestito corrisponde, del resto, una ben definita procedura di approvazione (e di modificazione)²⁶, che vede l'intervento di un'apposita commissione multidisciplinare, presieduta – non a caso – dal magistrato di sorveglianza. L'attribuzione di tali funzioni all'organo deputato a vigilare sull'istituto penitenziario mette al riparo il testo da deviazioni dal sentiero della legge e contribuisce a prevenire violazioni dei diritti; senza contare che il magistrato, essendo estraneo all'apparato amministrativo, offre di certo maggiori garanzie di indipendenza.

Ora, considerati i rapporti tra la disciplina penitenziaria e il microsistema delle REMS, questo schema parrebbe esportabile anche nella materia in esame, seppur con le differenziazioni dettate dalla diversità dei soggetti coinvolti e dalle necessità terapeutico-riabilitative proprie del mandato sanitario. Il regolamento interno delle REMS dovrebbe quindi consistere in un "documento" essenziale per l'amministrazione della residenza, ma pur sempre dai connotati attuativi, in cui i diritti degli internati tracciati dalla normativa penitenziaria vanno assicurati in forma ampliativa, nel rispetto delle particolarità dei pazienti. Ne segue che, almeno in linea di principio, se le necessità di cura del singolo potrebbero anche giustificare una temporanea compressione delle situazioni giuridiche soggettive protette dall'ordinamento penitenziario (ad esempio, attraverso una diminuzione dei colloqui con i familiari, motivata dalla convinzione del personale medico circa gli effetti pregiudizievoli di un contatto di questi con il paziente), lo stesso non potrebbe dirsi in merito a scelte "riduttive" di carattere generale, operate per ragioni organizzative o strutturali²⁷. L'attribuzione della direzione delle REMS al servizio sanitario non fornisce ad esso una patente di arbitrarietà nella gestione della vita delle persone ivi ricoverate, le quali – a disciplina invariata – devono poter beneficiare dei livelli di garanzia previsti dalla normativa penitenziaria in relazione alla figura dell'internato.

Ciò detto, le ambiguità del quadro precettivo nazionale²⁸ hanno riversato sulle istituzioni locali la soluzione di pesanti interrogativi; con la conseguenza che –

²⁵ Si veda in proposito l'art. 36 comma 5 reg. esec.

²⁶ Per approfondimenti, MUSSO, sub *Art. 16 ord. penit.*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, a cura di Della Casa-Giostra, Milano, 2019, 214 ss.; e GALGANI, sub *Art. 16 ord. penit.*, in *L'esecuzione penale*, a cura di Fiorentin-Siracusano, Milano, 2019, 218 s.

²⁷ Anche per le REMS, infatti, deve valere il principio – più volte ribadito dalla Corte europea dei diritti dell'uomo – secondo cui la mancanza di risorse non può giustificare condizioni detentive lesive dei diritti della persona (quarto principio fondamentale delle Regole penitenziarie europee).

²⁸ *Supra*, § 2.

ad un esame della prassi – appaiono incerti sia la procedura da seguire per varare il regolamento interno, sia gli aspetti che in esso devono essere affrontati.

4. *Uno sguardo d'insieme sui regolamenti delle REMS.* Per prima cosa è opportuno precisare che non è possibile riferire con certezza se tutte le REMS del Paese abbiano effettivamente adottato un regolamento interno: cinque residenze sono risultate irreperibili al tentativo di contatto e dieci, pur raggiunte telefonicamente, non hanno dato seguito alla richiesta di invio dei materiali²⁹. Inoltre, si segnala che non sempre il potere di autoregolamentazione si esprime mediante l'emanazione di un vero "regolamento interno" (con articoli, commi, etc.). Tra gli atti raccolti, infatti, non è raro scorgere "carte dei servizi" o semplici documenti riepilogativi delle caratteristiche essenziali della struttura (come personale, posti letto e contatti). Interessante è poi il linguaggio impiegato: benché spesso rivolti genericamente ai "pazienti", è stato reperito almeno un regolamento in cui si utilizza un lessico più semplice, indirizzato direttamente alla persona ricoverata mediante l'uso del "lei".

Al netto delle osservazioni preliminari, va comunque evidenziato che diverse residenze hanno periodicamente aggiornato i propri regolamenti dal 2014 ad oggi; il che ha chiaramente permesso di adeguare le stesure iniziali all'esperienza maturata nei primi anni di operatività delle REMS. L'*iter* di emanazione o modificazione, del resto, non è sempre contrassegnato da formalità condivise: in genere i regolamenti vengono redatti dalla struttura, con approvazione/autorizzazione della regione; in un solo caso si afferma esplicitamente che il testo è frutto di confronti con l'autorità giudiziaria.

Quanto alla sua diffusione, si registra una sostanziale concordanza di vedute. Inusuale che il regolamento interno venga pubblicato nella pagina internet dedicata alla REMS. La gran parte delle residenze lo consegna a ciascun paziente nella fase di inserimento³⁰, spiegandone le regole e talvolta accompagnando tale atto con un opuscolo informativo che ne riassume le previsioni. Il documento (o un annesso contratto informato) viene poi firmato per accettazione.

Dallo studio sui contenuti emergono infine alcune tematiche ricorrenti: a)

²⁹ Di alcune di queste strutture è stato comunque possibile reperire i regolamenti in altro modo (es. su internet), ma chiaramente non è dato sapere se si tratti di atti ancora "in vigore".

³⁰ La consegna del regolamento al paziente avviene nel giorno dell'entrata in struttura o nei giorni immediatamente successivi: fornire troppe informazioni all'atto dell'ingresso, infatti, potrebbe risultare controproducente.

assegnazione e ingresso in struttura; *b)* personale; *c)* progetti terapeutici; *d)* effetti personali; *e)* diritti del paziente; *f)* corrispondenza telefonica (a volte anche epistolare); *g)* colloqui; e *h)* doveri del paziente. Spesso manca, invece, la parte dedicata alle fonti normative, contrariamente a quanto previsto nel tradizionale schema seguito per gli istituti penitenziari.

5. I contenuti ricorrenti nei regolamenti: a) l'attività di assegnazione e inserimento nella struttura. Tra le disposizioni presenti nei vari regolamenti interni, quelle relative all'attività di assegnazione del paziente alla REMS sono forse le meno problematiche sul versante dell'uniformità. D'altra parte, in merito si era espressa anche la Conferenza Stato-regioni del 2015³¹; circostanza che ha garantito un buon margine di condivisione circa le scansioni da seguire in vista dell'ingresso nella residenza della persona destinataria di un provvedimento di ricovero.

Chiaramente, al tempo si registrava soprattutto il problema di come assicurare il trasferimento degli internati dagli OPG alle REMS, sicché quel testo si occupava in via preliminare di stabilire una data certa entro cui il Ministero della salute doveva comunicare all'autorità giudiziaria e al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria «l'avvenuta individuazione e l'effettiva attivazione» delle strutture da parte delle regioni e delle province autonome, nell'ambito territoriale di competenza³². Sulla base di queste indicazioni, quindi, il DAP si impegnava a ricollocare presso le residenze di nuova istituzione le persone ancora presenti negli ospedali psichiatrici giudiziari³³.

Nell'accordo del 2015 non mancavano però anche direttive per il futuro. Una volta entrati a regime – e dunque, una volta chiusi gli OPG –, il DAP avrebbe continuato a gestire le assegnazioni degli internati nelle REMS, rispettando il principio di territorialità prescritto dall'art. 3-ter d.l. n. 211 del 2011³⁴. Tale

³¹ Ci si riferisce all'accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 26 febbraio 2015, cit.

³² Art. 1 dell'accordo sancito il 26 febbraio 2015 nell'ambito della Conferenza unificata.

³³ Questo passaggio si dimostrò, in realtà, più travagliato del previsto. Incaricate del trasferimento dell'internato, le amministrazioni penitenziarie si sono in più occasioni scontrate con l'inesistenza o l'incapienza delle strutture regionali; con la conseguenza che parte delle persone sottoposte alle misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia sono rimaste negli OPG. Confinati in un regime restrittivo della libertà personale decisamente più sfavorevole rispetto a quello previsto dal modello legale (che prevedeva l'allocatione nelle REMS), alcuni di questi soggetti hanno quindi fruttuosamente presentato reclamo giurisdizionale: sul punto, volendo, NATALI, *Il reclamo giurisdizionale al magistrato di sorveglianza*, Torino, 2019, 139 ss.

³⁴ Sempre nell'art. 1 dell'accordo del 2015 si stabilisce che la territorialità va valutata in ragione della residenza. Per le persone senza fissa dimora o di nazionalità straniera resta fermo quanto disciplinato negli accordi della Conferenza unificata del 26 novembre 2009 (rep. n. 81/CU) e del 13 ottobre 2011 (rep. n. 95/CU), entrambi reperibili all'indirizzo www.archivio.statoregioni.it.

criterio, infatti, rappresenta certamente un parametro da valorizzare nella selezione della residenza in cui eseguire la misura di sicurezza³⁵: perché solo «nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone»³⁶.

Ora, come anticipato, i regolamenti delle REMS recepiscono quasi univocamente le indicazioni fornite dalla Conferenza unificata, per cui l'assegnazione dell'interessato alla struttura di destinazione è attività effettivamente lasciata alle cure del DAP, che procede salvo indisponibilità di posti letto³⁷. In conformità a quanto previsto dalla legislazione ordinaria³⁸, ogni assegnazione è in genere comunicata all'indirizzo mail aziendale e classificata, ai fini dell'ammissione, nell'ordine cronologico di arrivo³⁹.

Giunto in struttura, il paziente viene registrato dagli operatori della REMS, che hanno altresì il compito di segnalare l'ingresso all'autorità giudiziaria. Da questo momento, teoricamente, gli adempimenti di tipo amministrativo-sanitario e i raccordi con la magistratura (di sorveglianza o di cognizione) dovrebbero essere un affare riservato alla residenza. Tuttavia, qualche incertezza si rileva in ordine alla gestione della documentazione concernente i profili

³⁵ Tra i criteri stabiliti dal legislatore in vista dell'emanazione del decreto del 2012 (d.m. 1° ottobre 2012), infatti, l'art. 3-ter comma 3 lett. c stabilisce espressamente la «destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime». Stando a quanto emerge dalla relazione presentata (dal Ministro della giustizia, dal Ministro della salute e dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome) in risposta ai quesiti formulati, con ordinanza istruttoria, dalla Corte costituzionale (Corte. cost., 24 giugno 2021, n. 131, in www.giurcost.org), le REMS generalmente rispettano il principio di territorialità: «alla data del 31 luglio 2021, solo 19 persone su 596 erano ospitate in una regione diversa da quella di residenza», a cui si aggiungono «15 persone senza fissa dimora e 58 persone residenti in uno Stato estero, per lo più ospitate nelle strutture della Regione Lombardia» (Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, cit.).

³⁶ Così, l'allegato C del d.p.c.m. 1° aprile 2008.

³⁷ Anche l'accordo stilato dalla Conferenza nel 2015, del resto, prevedeva, per le assegnazioni e i trasferimenti, il limite dei posti letto disponibili nella struttura (art. 1). Il tema è centrale, come ha dimostrato la recente ordinanza della Corte. cost., 24 giugno 2021, n. 131, cit. e la successiva sentenza Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, cit., in cui il giudice delle leggi, pur giudicando inammissibili le questioni sollevate dal rimettente, ha rilevato la problematicità dell'esistenza di liste di attesa nell'esecuzione di decisioni emesse dall'autorità giudiziaria nei confronti di autori di reato, ritenendo non conforme «all'art. 110 Cost. una disciplina che, come quella vigente, non attribuisca alcun ruolo in materia al Ministro della giustizia». Circa l'impossibilità di mantenere in un contesto carcerario le persone con gravi disturbi psichici destinatarie di un provvedimento di collocamento nelle REMS, Corte eur., 24 gennaio 2022, Sy c. Italia, in www.giustizia.it.

³⁸ Il riferimento è al d.l. 21 giugno 2013, n. 69, convertito con modificazioni nella L. 9 agosto 2013, n. 98.

³⁹ Si segnala, infatti, che, tra i regolamenti visionati, due aggiungono espressamente ai parametri menzionati nel testo per l'assegnazione (territorialità e disponibilità dei posti letto) anche il criterio relativo alla data della richiesta.

giudiziari dell'ospite: talvolta della conservazione (e dell'aggiornamento) di tali informazioni si occupa direttamente la struttura, altre volte l'amministrazione penitenziaria⁴⁰.

6. *Segue: b) personale.* È vero che il personale presente nella REMS proviene tendenzialmente dall'area sanitaria. Stando al testo del d.m. 1° ottobre 2012, per un nucleo di venti pazienti occorrono: dodici infermieri, sei operatori sociosanitari, due medici psichiatri, un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica, uno psicologo e, per fasce orarie programmate, un assistente sociale e un amministrativo. L'equipe multiprofessionale svolge il proprio lavoro sotto il coordinamento di un dirigente psichiatra, che ha la responsabilità della gestione all'interno della struttura⁴¹.

La portata dell'innovazione probabilmente ha contribuito ad alimentare l'attenzione riservata a questi temi. E infatti l'indicazione delle figure che collaborano nelle singole strutture rappresenta un elemento abitualmente presente nei documenti interni. Divergono, però, le tecniche di previsione: alcuni regolamenti determinano solo genericamente la dotazione di personale della residenza, mentre in altri il gruppo di lavoro è esplicitato minuziosamente, mediante la definizione non solo del numero di operatori assunti per ciascuna categoria, ma anche delle ore ad essi attribuite. In tali atti viene inoltre illustrata la mansione e le funzioni ricoperte dal professionista.

Al personale menzionato nel decreto del 2012 è poi talvolta affiancato un servizio di vigilanza, a cui è affidato il compito di monitorare l'andamento della vita nella struttura - nella maggior parte dei casi, attraverso un sistema di videosorveglianza - e di intervenire nelle situazioni critiche. Vale la pena osservare però che, non essendo legato al dirigente della REMS da un rapporto di dipendenza gerarchica (ma solo da vincoli di natura contrattuale), al soggetto incaricato non sarebbero riferibili le previsioni dell'ordinamento penitenziario in tema di gestione della sicurezza interna degli istituti (come quelle in materia di perquisizioni⁴²). Anche la delicata disciplina sull'uso della forza fisica

⁴⁰ La maggior parte dei regolamenti attribuisce la gestione della documentazione relativa alla posizione giuridica dell'interessato all'amministrazione penitenziaria. Solo in pochi casi tale compito è assegnato agli operatori della REMS (anche se in un regolamento si specifica che al momento l'attività viene svolta ancora dall'ufficio matricola).

⁴¹ Sul punto, MASSARO, *Le REMS e "la sottile linea rossa tra il senno e la follia"*, cit., 60 ss.; CUPELLI, *Dagli OPG alle REMS: un ritorno alla medicina custodiale?*, in www.penalecontemporaneo.it, 23 gennaio 2016.

⁴² Art. 74 reg. esec.

nelle strutture si applica solo al «personale»⁴³: per cui, ad esempio, a fronte di un tentativo di “evasione” dell’internato attuato con modalità non violente, il servizio di sorveglianza non potrebbe agire *manu militari*, ma dovrebbe richiedere l’intervento delle forze di polizia presenti sul territorio. Dallo studio dei regolamenti comunque non è chiaro se tutte le REMS abbiano effettivamente allestito un servizio di questo tipo: certamente almeno sei residenze lo richiamano, anche solo fugacemente, nella propria normativa interna.

7. *Segue: c) progetti terapeutici.* Decisamente frequente è invece il riferimento a progetti individualizzati, a cui spesso viene dedicata un’autonoma sezione del regolamento⁴⁴. Ogni REMS, infatti, è chiamata ad operare seguendo un percorso terapeutico-riabilitativo ritagliato sulle caratteristiche dell’utente e finalizzato a creare le condizioni per il reinserimento nell’ambiente di provenienza o, comunque, per la “degradazione” della misura di sicurezza⁴⁵. È tale programma, quindi, a indirizzare la prua degli interventi da attivare verso l’orizzonte della risocializzazione: il modello rievoca quello previsto dall’art. 29 reg. esec. per il contesto detentivo in senso stretto, ma è plasmato sulle esigenze della persona con patologie psichiatriche.

A livello locale, tuttavia, i piani terapeutico-riabilitativi non possiedono tutti il medesimo grado di complessità. La forma “base” – prevista nella maggioranza dei regolamenti visionati – conta di un unico progetto di competenza del centro di salute mentale, concordato o comunque attuato in sinergia con le professionalità della REMS. In alcune realtà, il programma si sdoppia in progetti terapeutico-riabilitativi interni ed esterni (i primi confezionati dalla REMS, i secondi a cura dei servizi dell’azienda sanitaria locale). Mentre in tre residenze si registra la presenza anche di un ulteriore progetto – che quindi si aggiunge a quello interno e a quello esterno – proiettato sul lungo periodo e condiviso tra più istituzioni (di regola, residenza, servizi sanitari territoriali coinvolti nella presa in carico globale dell’internato e ufficio per l’esecuzione

⁴³ Art. 41 comma 2 ord. penit.

⁴⁴ Solo una struttura non menziona esplicitamente, nel proprio regolamento interno, l’attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati.

⁴⁵ Del resto, l’obbligo di redigere tali programmi si ricava anche dalla prima versione dell’art. 3-ter comma 5 d.l. n. 211 del 2011 risultante dalle modifiche introdotte dalla L. n. 9 del 2012: già allora, infatti, si prevedeva la possibilità di assumere personale qualificato da dedicare a «percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale [degli] internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari». Si veda inoltre l’art. 1 comma 1 lett. c d.l. n. 24 del 2013, convertito con modificazioni nella L. n. 57 del 2013, che ha inserito un ulteriore periodo al comma 6 dell’art. 3-ter; nonché l’art. 1 comma 1-bis lett. a e 1-ter d.l. n. 52 del 2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 81 del 2014.

penale esterna).

Neppure il lessico è omogeneo: ad esempio, il progetto interno (PTRI-I) talvolta è detto “intramurario” o “residenziale” (PTR-R). E variano anche le tempistiche: alcuni regolamenti prevedono un sistema di approvazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi scandito da cadenze serrate, altri impiegano perifrasi sintomatiche dell’urgenza sottesa alla formulazione del PTRI (come “non appena possibile”), altri ancora, invece, non si sbilanciano minimamente. Nei regolamenti del primo tipo, comunque, l’arco temporale massimo per la compilazione dei programmi terapeutico-riabilitativi oscilla tra i quindici giorni (ma solo per PTRI-I) e i trenta o quarantacinque giorni (per il progetto unico o PTRI-E)⁴⁶. I termini – evidentemente diversificati *in melius* rispetto a quelli previsti dalla disciplina penitenziaria per il trattamento, ma pienamente riconducibili all’esclusiva gestione sanitaria delle residenze – decorrono dall’ingresso nella REMS e vi sono strutture che ne sanzionano l’infruttuoso spirare mediante una segnalazione all’autorità giudiziaria⁴⁷.

Non è chiaro se vi siano distinzioni tra ospiti con misura di sicurezza definitiva e provvisoria. Apparentemente priva di conseguenze sul piano pratico, la predisposizione, in costanza dell’applicazione provvisoria della misura di sicurezza, di progetti terapeutici che contengano – come è naturale che sia – approfondimenti psichiatrici sull’agito del paziente sul presupposto dell’avvenuta commissione del fatto di reato, infatti, stride con la presunzione di non colpevolezza e con il diritto di difesa, sotto il profilo del *nemo tenetur se detegere*. Del resto, l’ordinamento penitenziario sul punto prende una posizione netta e contraria alla logica dell’assimilazione tra imputati e condannati⁴⁸: per cui forse, anche nei confronti della persona ricoverata nella REMS, il tema meriterebbe qualche cautela ulteriore.

Ad ogni modo, per garantire la comprensione del programma, alcuni regolamenti precisano che, in caso di internato alloglotto, viene richiesta alla magistratura la nomina di un interprete. Firmato dal paziente e inoltrato all’autorità giudiziaria competente⁴⁹, il progetto terapeutico-riabilitativo viene

⁴⁶ Sul punto, cfr. l’art. 7 dell’accordo siglato dalla Conferenza unificata nella seduta del 26 febbraio 2015, cit.

⁴⁷ In un regolamento, in particolare, si prevede che, qualora il dipartimento di salute mentale non esibisse il PTRI nei termini stabiliti, è compito del dirigente della REMS sollecitarne la presentazione, al contempo segnalando l’inadempienza all’autorità giudiziaria competente.

⁴⁸ Cfr. artt. 1 e 13 ord. penit.

⁴⁹ Sul punto si veda ancora l’art. 7 dell’accordo sancito il 26 febbraio 2015 dalla Conferenza unificata, in cui si precisa che, nel rispetto del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i progetti terapeutico-riabilitativi vanno inviati anche al Ministero della salute.

poi inserito nella cartella personale, così come le sue successive modificazioni o integrazioni.

La cartella personale integrata REMS – anche detta cartella clinica personale o cartella clinica integrata – sembra assolvere la stessa funzione della cartella prevista dall’art. 26 reg. esec.: sicché, oltre al PTRI, vi dovrebbe confluire sia la documentazione sanitaria sia quella giuridica. Gli atti ivi contenuti dovrebbero pertanto essere resi accessibili al paziente⁵⁰, al quale – come indicato da qualche struttura – sarebbe altresì opportuno garantire il diritto di estrarre copia.

8. *Segue: d) effetti personali.* Benché la fluidità del quadro normativo non permetta sempre un’agevole selezione delle tematiche che devono essere trattate “in autonomia” dalle REMS, vi è un aspetto che, nei regolamenti interni, va certamente affrontato: e cioè l’indicazione dei beni (oggetti o alimenti) che l’interessato può tenere con sé nella struttura. Direttamente richiamato dal d.m. 1° ottobre 2012 – nonché ricavabile in via generale dall’art. 14 reg. esec. – tale profilo, tuttavia, non riceve sempre la giusta attenzione. E mentre talvolta nei testi nulla si dice a riguardo, altre volte si incontrano «regole bizzarre»⁵¹, persino recessive, sul piano delle libertà, rispetto a quanto si osserva nell’ambiente penitenziario: solo per fare un esempio, in diverse REMS vengono vietate riviste a contenuto pornografico, quando invece è ormai pacifico che giornali di questo tipo possano essere posseduti dal detenuto, purché «in libera vendita all’esterno»⁵².

Va da sé che le disposizioni presenti nei regolamenti non sono tutte così analitiche e vi sono strutture che, almeno apparentemente, seguono un approccio permissivo, acconsentendo alla detenzione degli effetti personali, salvo che siano di quantità difficilmente stivabile nella camera⁵³. Verrebbe da chiedersi se si adoperino limitazioni anche in ordine alle dimensioni o al peso degli oggetti conservabili, così come in genere stabilito nei regolamenti interni degli istituti penitenziari. A ciò non si fa cenno: ma è bene tenere a mente che la

⁵⁰ L’affermazione va letta alla luce dell’art. 94 comma 1-*quater* disp. att. c.p.p. che, pur riferendosi apertamente al solo «detenuto», stabilisce il «diritto di consultare la propria cartella personale e di ottenere copia dei provvedimenti dell’autorità giudiziaria in essa contenuti».

⁵¹ CORLEONE, *Abbatere il muro dell'imputabilità. Una proposta che guarda oltre*, in www.lalegislazionepenale.eu, 5 giugno 2021, 8.

⁵² Si veda l’art. 18 ord. penit.; nonché, Corte cost., 11 febbraio 1999, n. 26, in www.giurcost.org. Sul concetto di «libera vendita», da ultimo, FIORENTIN-FIORIO, *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 2020, 234.

⁵³ Anche in questi casi, comunque, sono vietati gli oggetti atti ad offendere e viene lasciata la possibilità di affidare i propri averi, specie se di valore, agli operatori della residenza.

materia vanta aderenze con il diritto all'affettività⁵⁴.

Più dettagliati, invece, altri regolamenti dedicano al tema un apposito Capo, oppure allegano (o integrano) al testo un prospetto con l'indicazione dei beni che è vietato introdurre nella struttura. In questi casi, si è soliti determinare non solo gli oggetti proibiti⁵⁵, ma anche gli effetti personali che devono essere consegnati agli operatori (e quindi richiesti al bisogno)⁵⁶ e quelli di cui il paziente può o deve dotarsi⁵⁷. L'elenco non pare tassativo: la maggior parte delle REMS prevede, in chiusura, una clausola con cui si lascia al personale (o al dirigente medico) la facoltà di autorizzare o meno l'ingresso dei materiali non espressamente richiamati.

Infine, quanto ai generi alimentari che possono essere acquistati o ricevuti nei pacchi colloquio, le disposizioni puntano a evitare l'accumulo nella stanza personale. In alcuni regolamenti viene indicato l'esatto numero di confezioni permesse per ciascun cibo o bevanda, forse anche con qualche precisazione di troppo (ad esempio, laddove si prevede il gusto delle barrette di cui è consentita la conservazione). Di solito, è esclusa la detenzione di alimenti deperibili o soggetti a cottura; ma ciò non impedisce ad alcune residenze di impiegare le attività culinarie come elemento del trattamento: qui l'utilizzo della cucina viene concesso, a patto che la situazione della REMS lo renda praticabile.

9. *Segue: e) diritti del paziente.* L'aspetto più delicato dei modelli di autoregolamentazione adottati dalle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza resta, comunque, la definizione dei diritti che devono essere garantiti alla persona ricoverata. Si è detto che della materia si era occupata la Conferenza unificata del 26 febbraio 2015, la quale aveva giustamente confermato la portata precettiva dell'ordinamento penitenziario⁵⁸. In assenza di una normativa

⁵⁴ Cfr. Cass., 14 giugno 2017, n. 54117, in *C.e.d. Cass.*, 271905, con nota di DELLA CASA, *Una foto "oversize" nella cella del detenuto? Se latita il buon senso, può supplire il reclamo ex art. 35-bis ord. penit.*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2018, 273 ss.

⁵⁵ Tra i più frequenti, vetro, lattine, specchi, stupefacenti, appendiabiti in legno o ferro, materiali infiammabili, soventi, alcolici, *energy drink*, integratori alimentari, televisore, cellulare, accendini e macchina fotografica.

⁵⁶ I beni consegnati al personale (come forbicine, phon, rasoio, denaro, detersivi, tintura per capelli, creme depilatorie, etc.) vengono collocati in appositi armadietti, previa compilazione e sottoscrizione di un modulo, che in genere è allegato al regolamento. Per poterne usufruire all'interno della struttura occorre apposita richiesta, ma le regole di utilizzo divergono a seconda dell'oggetto desiderato.

⁵⁷ In alcune strutture, si chiede espressamente all'interessato di portare con sé, oltre ai capi di abbigliamento, anche la biancheria e gli asciugamani, così come i prodotti per l'igiene personale.

⁵⁸ *Supra*, § 2.

specifica, quindi, le posizioni giuridiche soggettive disciplinate dalla legge del 1975 e dal regolamento del 2000 in relazione all'internato vanno assicurate anche nelle REMS: così come al paziente spetta la facoltà di azionare la correlativa tutela giurisdizionale in caso di violazioni perpetrate nella struttura. Milita in questo senso, d'altra parte, anche il testo dell'art. 35-*bis* ord. penit. che, nell'esplicitare le figure che possono essere coinvolte nella procedura di reclamo, opportunamente non si riferisce all'amministrazione penitenziaria bensì a ogni «amministrazione interessata», e dunque, potenzialmente, anche a quella sanitaria che ha in gestione la REMS⁵⁹.

Rimane il fatto che l'applicazione della normativa penitenziaria non è di per sé risolutiva delle questioni inerenti alla determinazione delle pretese giustiziabili: e infatti, anche nel panorama carcerario si registrano ostacoli enormi nella perimetrazione del concetto di "diritto" e nella dosatura delle libertà esercitabili dall'individuo ristretto. La particolare condizione in cui versa il singolo nella REMS, inoltre, rende tale selezione un compito sofisticato, affidato in prima battuta al personale medico che amministra la vita delle strutture. Analizzare come i regolamenti interni si approcciano al tema dei diritti dà quindi la misura delle libertà assicurate al paziente nel quotidiano; ferma la possibilità di adire la magistratura di sorveglianza, nell'eventualità che le garanzie prescritte dall'ordinamento penitenziario vengano illegittimamente pretermesse.

Ora, da uno sguardo complessivo emerge che non sempre i regolamenti si confrontano direttamente con la disciplina penitenziaria, la quale di solito non viene richiamata neppure a corredo del ventaglio di diritti spiegato dalla normativa domestica⁶⁰. Collocate in una apposita sezione intitolata "Diritti dei pazienti", inoltre, le pretese avanzabili dall'utente si presentano in forma di elenco: una cernita di alcuni principi descritti nella legge n. 354 del 1975 (come il rispetto della persona, la libertà di esercizio del proprio culto, etc.) in chiave rivisitata, a cui talvolta vengono accostate disposizioni peculiari (come il diritto ad essere coinvolti nell'elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale).

⁵⁹ Per approfondimenti, sia consentito rinviare a NATALI, *Il reclamo giurisdizionale*, cit., 174 s., e in particolare, quanto ai destinatari dell'avviso di fissazione dell'udienza, 206. Il paziente della REMS è incluso tra i legittimati attivi all'instaurazione del rimedio di cui all'art. 35-*ter* ord. penit. anche da GIOSTRA-RUARO, sub *Art. 35-*ter* ord. penit.*, in *Ordinamento penitenziario*, cit., 489.

⁶⁰ Quanto detto nel testo, tuttavia, non vale per tutti i regolamenti: tre strutture, infatti, prevedono che, in assenza di indicazioni legislative, i diritti e le aspettative del paziente sono quelli desumibili dalla normativa penitenziaria, nelle parti riferite all'internato; una residenza invece richiama le previsioni dettate in materia dalla Conferenza unificata del 2015 (*supra*, § 2).

Si segnala, però, che la sezione di cui si è appena dato conto è prevista solo in sei regolamenti. Negli altri documenti visionati, la determinazione dei diritti delle persone ricoverate nelle REMS o non viene effettuata o viene realizzata in modo diverso: replicando le affermazioni della Conferenza unificata del 2015⁶¹ oppure garantendo l'accesso a istituti essenziali per la vita dell'individuo, specie durante la permanenza in condizioni limitative della libertà personale. Nei regolamenti da ultimo richiamati, quindi, l'essenza dei diritti garantiti emerge per via indiretta⁶², attraverso l'indicazione delle modalità di fruizione di istituti come i colloqui e la corrispondenza.

10. *Segue: f) corrispondenza.* C'è da dire che di questi aspetti trattano quasi tutti i regolamenti, seppur con differenti livelli di specificità. Quanto alla corrispondenza telefonica, essa è assicurata tramite la linea della struttura, talvolta previo acquisto di una scheda dedicata. Coerentemente, è vietato l'uso (e il possesso) di dispositivi cellulari, che infatti vengono ritirati all'ingresso della REMS⁶³.

Stando a quanto si evince dalla gran parte dei regolamenti, l'esercizio di tale diritto viene in genere subordinato al riscontro di due condizioni concorrenti: l'inesistenza di limitazioni da parte dell'autorità giudiziaria e il benessere del personale medico che ha in cura il paziente. Per ricevere ed effettuare telefonate, quindi, l'internato deve munirsi di una duplice autorizzazione (l'una del giudice e l'altra del direttore della struttura). Inforcando gli occhiali del giurista, tuttavia, si osserva che l'impostazione è eccentrica. Il *nulla osta* dovrebbe essere unico e la figura incaricata a emanarlo dipende dallo stadio processuale in cui si trova l'interessato: fino alla pronuncia di primo grado spetterebbe all'autorità giudiziaria individuata ai sensi dell'art. 11 comma 4 ord. penit., successivamente al direttore della REMS⁶⁴.

Chiaramente, ciò non significa che, quando l'autorizzazione è fornita dalla magistratura, il paziente possa fare a meno di concordare con la direzione le modalità di fruizione del diritto (giorni, orari, etc.): l'esistenza di posizioni soggettive impermeabili alle restrizioni conseguenti all'applicazione di una

⁶¹ Si veda la nota precedente.

⁶² Va osservato, comunque, che neppure i regolamenti interni degli istituti penitenziari individuano puntualmente i diritti esercitabili nella struttura: dopo aver richiamato le fonti normative di riferimento, infatti, essi in genere si impegnano solo a mettere a disposizione copie della *Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati* (art. 69 reg. esec.). E del resto, come noto, neppure la L. n. 354 del 1975 è sempre esplicita nella determinazione delle pretese considerabili veri e propri diritti.

⁶³ *Supra*, § 8 e in particolare nota 55.

⁶⁴ Si veda l'art. 18 ult. comma ord. penit.

misura di sicurezza non presuppone affatto che esse possano essere esercitate senza limiti. In questi casi, però, l'osservanza dell'ordinamento penitenziario dovrebbe impedire al responsabile della REMS di negare integralmente (e autonomamente) l'accesso alle telefonate, neppure - parrebbe - in presenza di esigenze di tipo terapeutico⁶⁵.

Quanto ai destinatari, in genere le strutture ammettono conversazioni telefoniche solo verso la cerchia più ristretta degli affetti (familiari/congiunti) e con il difensore, ma alcuni regolamenti permettono altresì contatti con persone diverse, (sempre che sussistano "ragioni plausibili" e non ostino motivi di sicurezza). Sono spesso indicati anche limiti numerici (una o due telefonate alla settimana) e di durata (10 o 15 minuti): talvolta, però, si tratta di regole minime e colloqui telefonici aggiuntivi possono essere concessi dal direttore, se compatibili con le necessità terapeutico-riabilitative.

Più raro, invece, il tema della corrispondenza epistolare. Espressamente qualificata da taluni regolamenti come diritto del paziente, essa viene garantita se non diversamente disposto dall'autorità giudiziaria e seguendo accortezze a presidio della sicurezza. Le buste in partenza e in arrivo nella struttura, infatti, vengono sempre aperte alla presenza di un operatore (oltre che dell'ospite), che ha il compito di verificarne il contenuto nel rispetto della riservatezza di quanto vi è scritto all'interno: il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria è previsto quando si registra l'esigenza di approfondimenti ulteriori.

In assonanza a quanto previsto dall'art. 18 ord. penit., vi sono regolamenti che si impegnano a dotare l'internato del materiale di cancelleria e di affrancatura necessario: ma così come per le telefonate, anche delle spese relative all'invio delle lettere si accolla la residenza solo se l'interessato non ha disponibilità economica tale da provvedervi autonomamente.

11. *Segue: g) colloqui.* Al pari di quanto riscontrato in ordine alla corrispondenza telefonica, si registra una procedura inusuale anche in relazione all'accesso ai colloqui. Risorsa essenziale per le relazioni del paziente, il colloquio è in genere consentito salvo limitazioni imposte dall'autorità giudiziaria (a cui è chiesta l'autorizzazione al momento dell'ingresso in struttura) e su decisione dell'equipe medica, che ne valuta l'opportunità sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo formulato per l'interessato. In alcuni regolamenti si prevede che l'ammissione al colloquio compete all'autorità giudiziaria o

⁶⁵ In alcune strutture, tuttavia, è concesso al direttore della REMS di limitare in casi di urgenza (e provvisoriamente) la fruizione della corrispondenza, comunicando l'intervento all'autorità giudiziaria per i provvedimenti di sua competenza.

al responsabile della REMS, a seconda della misura di sicurezza applicata (provvisoria o definitiva). Solo in pochi casi la distinzione verte sugli aspiranti interlocutori: i contatti con i congiunti sono sempre consentiti, salvo diversa disposizione dell'autorità giudiziaria⁶⁶; mentre quelli con amici e conoscenti sono subordinati a un vaglio del direttore della REMS, che li autorizza se li ritiene necessari e utili al trattamento. È chiaro – anche se difficilmente si trova scritto – che il diniego all'incontro con i familiari va comunque adeguatamente motivato.

Delle strutture che si esprimono in materia, sei non fissano limiti al numero dei colloqui esperibili (o perlomeno non vengono esplicitati nel regolamento). Le altre, invece, stabiliscono vincoli definiti, ma tra loro eterogenei: una visita ogni quindici giorni, o due alla settimana, oppure i tradizionali sei colloqui mensili⁶⁷. Talvolta si prevede anche una durata massima per ciascun incontro, che in genere è di sessanta minuti, salvo si tratti di congiunti risiedenti in un comune diverso dalla REMS (qui, infatti, i tempi del colloquio raddoppiano)⁶⁸.

Quanto alle modalità, una volta concordato il colloquio con la direzione, il visitatore può fare ingresso nella struttura esibendo il documento di identità e depositando borse ed effetti personali (tra cui il cellulare). L'incontro si svolge in sale apposite (è vietato l'accesso alla camera del paziente), su controllo a vista degli operatori.

12. *Segue: h) doveri del paziente.* Tema ricorrente e a tratti spinoso è infine quello relativo all'indicazione dei doveri dell'internato. Alcune delle condotte che la persona ricoverata deve osservare rievocano le ipotesi dell'art. 77 reg. esec. Tra le più comuni: mantenere un'igiene personale adeguata; aver cura dei locali e degli arredi della REMS; trattare con rispetto gli altri pazienti, i familiari e il personale; non appropriarsi di beni altrui; non esercitare atti di violenza fisica o verbale e non introdurre nella struttura sostanze o oggetti non autorizzati; a cui si aggiunge il peculiare divieto di adottare comportamenti contrari ai programmi terapeutico-riabilitativi e quindi l'obbligo di collaborazione nello svolgimento di essi.

Pur strutturate come semplici regole di condotta – e non quali fatti costitutivi

⁶⁶ I regolamenti che adottano questa impostazione in genere prevedono il meccanismo d'urgenza segnalato nella nota precedente.

⁶⁷ In quest'ultimo caso si contempla la possibilità di aumentare il numero dei colloqui, se ciò non pregiudica la relazione con la famiglia o il trattamento, e comunque compatibilmente con le attività della REMS.

⁶⁸ Cfr. art. 37 comma 10 reg. esec.

di una vera e propria infrazione disciplinare - alcuni regolamenti prendono in considerazione l'eventualità di una trasgressione, individuando le risposte "sanzionatorie" da attivare. Talvolta si stabilisce che l'inosservanza delle norme di buona educazione e civile convivenza comporta la segnalazione al magistrato competente, oltre che l'individuazione da parte dei curanti di strategie e strumenti per criticizzare l'accaduto e trovare gesti riparatori. Spetta unicamente al personale medico, dunque, la valutazione di quali misure attuare per sanzionare il comportamento tenuto, in ragione delle caratteristiche del paziente e della gravità della violazione.

In altri regolamenti, invece, si stabilisce che il mancato rispetto delle condotte prescritte determina l'invito ad astenersi rivolto dagli operatori e, solo in situazioni particolari, la comunicazione all'autorità giudiziaria: ciò avviene, ad esempio, in caso di ripetuta inosservanza delle regole; di condotte aggressive o che hanno rilevanza penale oppure che determinano forme di controllo amministrativo (come la detenzione di sostanze stupefacenti); di comportamenti che assumono significato di pericolosità psichiatrica.

13. *Conclusioni.* Naturalmente, la ricostruzione che precede è solo un assaggio dei modelli di organizzazione adottati dalle REMS, i quali, come si è più volte sottolineato, esibiscono tratti disomogenei non solo in riferimento all'individuazione delle materie che devono essere oggetto di autoregolamentazione, ma anche sul fronte della conformità alle disposizioni penitenziarie riferite all'internato. La vita all'interno delle strutture dipende pertanto dalla sede territoriale in cui concretamente l'individuo è collocato. E se in parte ciò rappresenta una conseguenza della tanto attesa "sanitarizzazione" degli istituti deputati all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive dedicate all'infermo o al seminfermo di mente, per il resto non si può non evidenziare che la restrizione della libertà personale abbisogna sempre di un nucleo di regole definite a livello ordinario. È dalle regole, infatti, che discendono le garanzie; e la necessità o meno di garanzie non scaturisce di certo dal luogo in cui le misure di sicurezza vengono attuate (OPG o REMS), così come prescinde dalla fiducia riposta nelle istituzioni che lo amministrano (penitenziarie o sanitarie). Chiunque eserciti un potere su un altro essere umano - il potere di non farlo uscire da un determinata struttura, il potere di privarlo di un incontro con i suoi familiari o il potere di determinare cosa può o non può leggere, etc. - necessita di una legge che individui anche i contenuti e i limiti di tale potere. Il che, nel nostro caso, significa quantomeno chiarire quali norme penitenziarie siano estendibili (o non estendibili) alle persone oggi ricoverate

nelle REMS.

A un decennio dall'avvio delle riforme, la corsa intrapresa dal legislatore per rivisitare il sistema delle misure di sicurezza detentive invece sembra essersi bruscamente e incomprensibilmente arrestata a qualche metro dal traguardo finale.