

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO XIII N. SPECIALE

2019

L'ESPERIENZA DELLE REMS: STATO DELL'ARTE E LE PROSPETTIVE

THE EXPERIENCE OF THE RESIDENCES FOR DETENTION SECURITY MEASURES FOR PSYCHIATRIC OFFENDERS (REMS): STATE OF THE ART AND PERSPECTIVES

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo

Abstract

The application of Law 81/2014 has led to the closure of six Judicial Psychiatric Hospitals (OPG) and placed psychiatric patients who committed crimes in the mental health departments care system. The function of the Residences for the Execution of Security Measures (REMS) is residual and temporary. The new system requires a review of the operational practices and the roles of all those called to enforce the law: magistrates, psychiatrists, experts, lawyers, UEPE (Unit for External Criminal Execution), of the Law Enforcement, of social services and local communities. The formulation of a "double pact", one for the treatment and another for the prevention of new crimes and social security, is essential. The possible overshoot of REMS is outlined in favor of personalized treatment paths with Health Budget in order to promote recovery and social inclusion.

Keywords: Judicial Psychiatric Hospitals • Psychiatric Patients • Offenders • Residencies for the Execution of Security Measures • Care Warrant

Riassunto

L'applicazione della legge 81/2014 ha portato alla chiusura dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e collocato in pazienti psichiatrici autori di reato nell'ambito del sistema di cura dei Dipartimenti di Salute Mentale. La funzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) è residuale e temporanea. Il nuovo sistema richiede una revisione delle prassi operative e dei ruoli di tutti i soggetti chiamati a dare applicazione alla legge: magistrati, psichiatri, periti, avvocati, dell'UEPE (Unità per l'Esecuzione Penale Esterna), delle Forze dell'Ordine, dei servizi sociali e delle comunità locali. Risulta essenziale la formulazione di un "doppio patto", uno per la cura e un altro per la prevenzione di nuovi reati e la sicurezza sociale. Viene delineato il possibile superamento delle REMS in favore di percorsi di cura personalizzati con Budget di Salute al fine di favorire la recovery e l'inclusione sociale.

Parole chiave: Ospedali Psichiatrici Giudiziari • Pazienti psichiatrici autori di reato • Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza • Mandato di cura

Corresponding Author: Pietro PELLEGRINI, email: ppellegriniausl.pr.it

Pietro PELLEGRINI, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail ppellegriniausl.pr.it
Giuseppina PAULILLO, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail gpaulillo@ausl.pr.it

L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive

Introduzione

La Rassegna Italiana di Criminologia nel dedicare un numero speciale al processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) mostra una grande sensibilità e attenzione ad un passaggio storico sia per i servizi di salute mentale di comunità, per la psichiatria forense, la criminologia e la medicina legale sia per magistratura, avvocatura, sistema penitenziario, enti locali, nonché comunità locali ed opinione pubblica.

In meno di tre anni si è realizzata quello che il Commissario Franco Corleone ha definito una “rivoluzione gentile” che ha atteso e attende una riforma organica del codice penale e dell’ordinamento penitenziario.

Una riforma che richiede la revisione di concetti, di prassi in atto da anni e questo sia ai fini della cura che della definizione dei profili di responsabilità. Per accompagnare e sostenerci in questo difficile compito, nel maggio 2017 insieme ad altri colleghi direttori di DSM e di REMS abbiamo cercato di dare vita ad un primo Coordinamento Nazionale. Risulta essenziale l’apporto delle Società scientifiche rappresentanti il mondo professionale, una componente decisiva per dare attuazione alla riforma che prevedeva la chiusura degli OPG e al contempo, processo al quale è stata data minore attenzione, la creazione di un nuovo sistema.

In questo delicato passaggio è stato fondamentale l’operato del Commissario Franco Corleone e la collaborazione delle tante associazioni che fanno riferimento a Stopopg e ora stanno realizzando un Osservatorio Nazionale. Come per l’attuazione della 180, la partecipazione della c.d. società civile è importante per dare energia al cambiamento, sostenere la motivazione del personale, monitorare i processi e infine per riflettere e ridefinire il “patto sociale” mediante la sensibilizzazione delle comunità locali e dei loro rappresentanti.

Purtroppo non si è avuta a livello nazionale, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Conferenza Stato-Regioni, Agenas, la costituzione di un Coordinamento e un Osservatorio che potessero orientare e monitorare con dati epidemiologici puntuali un passaggio così epocale.

Sul piano operativo, la complessa gestione della sanità italiana tra competenze nazionali e regionali, nonché la necessità di un’intesa con ministero della giustizia, magistratura e amministrazione penitenziaria ha reso difficile la stipula e la realizzazione di accordi nazionali e ad oggi, l’unico protocollo della Conferenza Stato Regioni-Amministrazione Penitenziaria è quello del 26 febbraio 2105.

I riferimenti normativi per la realizzazione delle REMS, la legge 9/2012 e il Decreto del Ministero della Sanità 1 ottobre 2012 che ne fissa i requisiti, sono piuttosto generali.

Viene previsto che la gestione interna sia di competenza

esclusivamente sanitaria e solo per quanto riguarda l’attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, le Regioni e le Province Autonome, possono attivare specifici accordi con le Prefetture al fine di predisporre strumenti di sorveglianza che tengono conto dell’aspetto logistico delle strutture.

Due punti rilevanti e tuttavia come devono essere le REMS, come operano all’interno, con quali misure di sicurezza, strumenti e metodologie valutative e terapeutiche è stato tutto “inventato” facendo riferimento da un lato alla lunga esperienza di psichiatria di comunità e dall’altro ereditando aspetti e prassi presenti in OPG. Le competenze della polizia penitenziaria sono limitate a notifiche, traduzioni e piantonamenti nonché alle immatricolazioni competenza quest’ultima che sarebbe dovuta passare, a nostro avviso impropriamente, alla sanità. D’altra parte la scelta di non avere la polizia penitenziaria nelle REMS, ha visto in diverse realtà un rilevante impiego di Istituti di vigilanza privati (in analogia con quanto avviene ormai diffusamente in sanità, PS, reparti, servizi).

Il processo di creazione delle REMS si è realizzato secondo le culture psichiatriche delle diverse regioni. Questo spiega i differenti modelli di REMS, a gestione diretta delle Ausl ed altre affidate al privato sociale, espressione dell’impostazione del DSM ma anche della comunità sociale ove si trova. Così abbiamo le REMS diffuse (1-2 posti in normali strutture) della Regione Friuli Venezia Giulia, fino al sistema modulare di REMS (6 REMS da 20 posti ciascuna) dell’ex OPG di Castiglione delle Stiviere per passare per la maggior parte delle strutture da 10-20 posti e qualcuna fino a 40 come ad esempio in Veneto. Un processo che è stato in larga parte frutto di una rinnovata motivazione degli operatori alle prese con una sfida ritenuta ardua e pericolosa al tempo stesso. Il desiderio molto pragmatico di fare fronte alle diverse e contrastanti esigenze ha portato a REMS tendenzialmente piccole, di discreta qualità ma come è stato verificato dalle visite effettuate da Stopopg, in troppi aspetti, in particolare la custodia e la tutela dei diritti, ancora in continuità con l’OPG.

Gli OPG sono stati chiusi non tanto grazie alla legge 9/2012 che vedeva le REMS come punto di riferimento quanto mediante la legge 81/2014 che invece considera le REMS residuali ed individua come riferimento il sistema di salute mentale di comunità, parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico.

Una riforma incompleta la quale ha lasciato invariato il codice penale relativamente a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Come noto la legge 180 ha eliminato il concetto di “pericolosità a sé e agli altri” dai requisiti per l’effettuazione del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) mentre nel codice penale la pericolosità sociale ex art.133 è rimasta invariato dal 1930. E tuttavia secondo la legge 81 “non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola man-

canza di programmi terapeutici individuali” il che rappresenta seppure indirettamente una sollecitazione ai DSM affinché non abbiano a ripetersi i c.d. “ergastoli bianchi”. Una previsione che richiede quindi un nuovo e più avanzato punto di incontro tra psichiatria e giustizia. Un incontro non semplice anche perché nei codici penale e di procedura penale vi sono norme che sembrano fare riferimento alla legge 36/1904 e quindi ad un sistema psichiatrico custodiale, piuttosto che ai Dipartimento di Salute Mentale come delineati dalla 180 e dalle norme applicative successive.

Tutto il processo riformatore si confronta con questi evidenti limiti. Nella recente approvazione dei decreti legislativi applicativi della legge 103/2017 di riforma dell’ordinamento penitenziario¹, non hanno trovato spazio diverse proposte di riforma degli Stati generali per l’Esecuzione della Pena, relative alla salute mentale (articolarzioni per la salute mentale negli Istituti di pena, abolizione art. 148 c.p.) che avrebbero potuto dare una risposta in un ambito molto problematico e contribuito a creare un nuovo sistema unitario.

Attualmente si ha l’impressione che la riforma, come è già avvenuto dopo l’approvazione della 180, sia finita nel silenzio e nel disinteresse della politica il che determina un sostanziale abbandono dei professionisti della salute mentale e della giustizia lasciati soli davanti ai problemi quotidiani. In questa situazione è essenziale la stesura di protocolli e intese fra psichiatria e magistratura, auspicati dal Consiglio Superiore della Magistratura e in corso di stesura, approvazione e attuazione in diverse regioni (Lazio, Emilia, Liguria ed al.). E’ necessario giungere ad un’innovazione delle prassi di tutti gli attori magistrati e operatori della giustizia, psichiatri, periti, avvocati, ma anche delle posizioni di utenti e famiglie.

Pur con tutti questi limiti, resta un risultato storico, la chiusura dopo quasi 140 anni di tutti gli OPG. Oggi la larga parte dei pazienti psichiatrici autori di reato ha misure quali la libertà vigilata, segno che quella detentiva è diventata residuale ed è stata sostituita da interventi di cura e misure giudiziarie di comunità. Infatti i DSM come vedremo si trovano a curare nel territorio e nelle Residenze un numero crescente di pazienti con misure giudiziarie ed operano regolarmente anche negli istituti di pena.

In questo contributo, dopo alcuni cenni su come il tema è diventato uno dei punti chiave della psichiatria di comunità italiana, vedremo lo stato di applicazione della legge e quale potrà essere il futuro delle REMS. In altre parole verso quale organizzazione si stia andando.

Un lungo percorso

La nascita della moderna psichiatria si fa risalire al 1793 quando Pinel separò i malati di mente dai delinquenti. Libera i primi dalle catene e nell’ottocento via via si struttura

un luogo di cura loro dedicato, il manicomio poi ospedale psichiatrico (OP). La separazione operata non poteva essere netta e definitiva e quindi nel tempo si è posto per usare un linguaggio desueto, il tema dei folli rei e dei rei che divenivano folli. Nascono così in Europa, in Italia nel 1876 ad Aversa, i manicomi criminali, poi ridenominati Ospedali psichiatrici giudiziari.

Questi ultimi non sono stati modificati dalla 180 e lo stesso Basaglia (1979), interrogato in proposito diceva: “Ora, dopo avere conquistato la riforma degli ospedali psichiatrici civili, il movimento che in Italia chiamiamo “Psichiatria democratica” comincia a chiedere l’abolizione del manicomio giudiziario. Sarà una lotta dura e difficile da portare a termine perché il manicomio giudiziario è una garanzia di un luogo dove si possono collocare un certo tipo di persone ritenute pericolose. Il manicomio giudiziario riguarda molto da vicino il carcere speciale, è una sorta di carcere speciale, e le carceri speciali rappresentano una sicurezza per lo stato”.

Nonostante le difficoltà, un lungo percorso che ha intrecciato anche le modifiche intervenute nell’ordinamento penitenziario (leggi 354/1975, 663/1986, DI 230/1999; DPCM 1 aprile 2008, sentenze della Corte costituzionale 139/1982, 253/2003, 367/2004) fino alle leggi 9/2012 e 81/2014 ha portato ad una psichiatria che cerca di fare a meno dell’OPG (Pellegrini 2015, 2017).

Secondo quanto previsto dalla Costituzione, la normativa mira ad assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona e quindi si inserisce in una logica di welfare pubblico universalistico fondato su una società che mira al recupero, all’inclusione e non all’esclusione-abbandono. Un patto sociale nel quale al medico viene conferito il mandato di cura della persona per realizzare il diritto alla tutela della salute che ha la priorità rispetto alla protezione della comunità.

La chiusura degli OPG, avvenuta sulla spinta di una mobilitazione etico-politica (Commissione Marino) e l’interessamento del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che li definì “un autentico orrore indegno di un paese appena civile” (Discorso del 31 dicembre 2012), ha comportato un forte coinvolgimento dei DSM fino ad allora, salvo particolari sensibilità al problema, rimasti abbastanza indifferenti se non addirittura evitanti o deleganti. Con il DPCM 1 aprile 2008, l’assistenza sanitaria negli istituti di pena e negli OPG è diventata una competenza delle Ausl, l’impegno dei DSM è stato crescente ed inevitabile. Va riconosciuto che la chiusura degli OPG ha visto collaborare diverse istituzioni, magistratura, prefetture, forze dell’ordine, enti locali, ma certamente la spinta decisiva è stata quella del sistema di welfare in particolare dei DSM sui quali è ricaduto il maggiore carico organizzativo, economico e in molti casi il peso psicologico e la responsabilità per l’attuazione della legge. L’affidamento delle persone con disturbi mentali autrici di reato alla sanità è avvenuto dopo avere constatato in modo inequivocabile il fallimento terapeutico dell’OPG e i gravissimi limiti presenti negli Istituti di Pena.

A fronte della chiusura degli OPG, molti professionisti dei DSM hanno avanzato riserve e critiche rispetto al percorso intrapreso. Il timore di dover fronteggiare la perico-

1 Decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018.

losità, di riprendere una funzione custodiale della psichiatria, di essere invasi e sottomessi alla magistratura, di ricreare nel territorio dei miniOPG (in particolare per quanto attiene la creazione delle REMS). Timori fondati e che tuttavia sono stati affrontati nella convinzione che gli OPG andassero chiusi con decisione senza avere, come era accaduto per gli OP, una loro sopravvivenza anche come "residuo". Per attuare questo processo la creazione delle REMS è stata a mio avviso decisiva. Molti timori si sono rivelati infondati, le REMS hanno pazienti (nell'80% dei casi conosciuti in precedenza) in larga misura sovrapponibili agli altri, mentre quelli più difficili da gestire sono quelli con uso di sostanze, alto livello di psicopatìa, antisocialità.

Le contraddizioni e i mandati

La dinamica tra REMS e Centri di salute mentale ha evidenziato numerose difficoltà segno della permanenza di vecchie logiche intrecciate con limiti reali, di risorse (si pensi al budget per finanziare alternative residenziali alle REMS), formativi e strumentali. Nel sistema persiste un atteggiamento che sostiene la recovery ma pratica ancora in molti SPDC il restraint. Vi è quindi una contraddizione interna alla psichiatria che da un lato sostiene una cura basata sulla libertà, il consenso, la responsabilità e la sicurezza (anche per lavoro, abitare e reddito, come chiesto dai rappresentanti degli utenti) quindi sul pieno riconoscimento della persona con disturbi mentali come cittadino, portatore di diritti e doveri, e dall'altro una psichiatria che mette in pratica azioni in un qualche modo coercitive, limitative della libertà e incentrate su luoghi chiusi applicate a persone considerate di fatto cittadini con diritti e doveri sostanzialmente diminuiti.

In questo quadro le REMS finiscono con il rappresentare il luogo immaginario dove cura e custodia divengono un processo unico, dimenticando la natura conflittuale e incompatibile dei due termini che hanno riferimenti costituzionali e normativi ma anche operativi del tutto diversi. Non solo la custodia può soffocare ogni prospettiva di cura efficace ed adeguata in linea con le odierne conoscenze scientifiche ma può creare danni ulteriori, rendere ancora più aggressivi o addirittura combattivi certi soggetti.

La cura deve avvenire sulla base di norme assolutamente chiare e trasparenti, leggibili e comprensibili da parte della persona. Questa invece nelle REMS si viene a trovare in un confusivo limbo fra le due situazioni. La cura può avvenire solo nella volontarietà e con la partecipazione della persona, in tutti i quadri ed a maggior ragione in quelli, come l'uso di sostanze, che richiedono anche la costruzione di un'adeguata e protratta motivazione. Senza questa nessun percorso è fattibile. Se mancano chiarezza e trasparenza nelle relazioni nessuna cura è possibile. Se il lavoro deve essere custodiale, se è questo ciò che serve alla magistratura e alla politica, o all'opinione pubblica la gestione dei luoghi e delle persone non deve essere sanitaria.

L'eventuale privazione della libertà o la sua limitazione, l'applicazione di misure e prescrizioni alla persona sono di competenza dell'autorità giudiziaria che opera per preve-

nire nuovi reati e favorire un recupero sociale chiedendo alla persona precisi comportamenti e impegni come il rispetto di determinate norme e prescrizioni la cui violazione è nell'esclusiva responsabilità della persona stessa e non di chi l'ha in cura. Questo anche se applicata a persone con disturbi mentali. La cura di questi ultimi, compito della psichiatria, ha precisi requisiti, condizioni, luoghi dove si deve realizzarsi e questi saranno indicati dallo psichiatra. Se il sistema è affidato ai sanitari, il mandato di cura deve essere valorizzato e tutelato al massimo grado. La misura giudiziaria, nella sua autonoma definizione, deve facilitare il percorso di cura, abilitazione e inclusione sociale e non ostacolarlo. Una limitazione della libertà dovuta alla misura giudiziaria come pena o come esigenza di prevenire nuovi reati si giustifica in nome di tali obiettivi e non come necessità di cura. Non solo ma anche la limitazione della libertà deve essere definita nella durata massima, come previsto dalla legge 81/2014, rispetto alla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Una previsione normativa che non pare avere ancora trovato applicazione sistematica prevalendo ancora la prassi (alimentata anche dagli psichiatri) di una proroga talora sine die delle misure di sicurezza come la libertà vigilata. Una prassi che talora confonde ciò che è violazione del programma di cura con quanto costituisce reato reale o potenziale, rispolverando il concetto anticostituzionale di pericolosità sociale presunta derivante dal disturbo mentale.

I luoghi sanitari e sociali devono essere utilizzati secondo le esigenze della cura in relazione all'intensità e alla durata degli interventi psichiatrici.

Il persistere di logiche vecchie vede richieste della magistratura di far permanere in luoghi di cura soggetti che non ne hanno bisogno e che dal prolungamento della degenza possono anche ricavare danni iatrogeni e perdere abilità. Questo, al contempo, determina anche un danno sociale in quanto non permette l'utilizzo dei posti di ricovero da parte di altri cittadini che ne hanno bisogno. Quindi un doppio danno individuale e sociale. Il fatto che l'iter giudiziario sia in corso è del tutto secondario anche se talora a prolungare le degenze è la mancanza di alternative anche da parte dei DSM.

Occorre chiarezza nei mandati: la pericolosità sociale, la prevenzione di nuovi reati può essere migliorata dai percorsi di cura ma non può essere la finalità del lavoro degli psichiatri in relazione al fatto che i comportamenti sono sempre multideterminati, risentono di variabili biologiche, psicologiche e sociali, relazionali e situazionali e devono fare riferimento ad evidenze scientifiche e non alle mitologie o ad un'ipotetica psichiatria ideale tanto perfetta quanto inesistente. I disturbi mentali non sono curabili con un singolo intervento, l'efficacia della terapia farmacologica è parziale (si pensi che il 25% delle schizofrenie è resistente ai trattamenti), l'efficacia a lungo termine è oggetto di discussione e di valutazioni controverse (Breggin, 2018), per certi disturbi non esistono terapie farmacologiche (si pensi a forme di abuso/dipendenza) se non sintomatiche ed anche le psicoterapie ed interventi comunitari presuppongono motivazioni ed alcune dipendenze sono gravate da significativi tassi di ricaduta.

Nella psichiatria vi sono movimenti per riconoscere l'imputabilità cambiando l'art. 88 del c.p. e di tenere conto del disturbo in fase di esecuzione della pena, questo nella convinzione che il diritto al processo sia utile alla persona, alla comprensione della sua situazione e come invece sia dannosa un incomprensibile proscioglimento che apre scenari incerti e kafkiani, fondati sul rinvio e sull'attesa sine die. E tuttavia mentre una parte della psichiatria spinge per la responsabilizzazione un'altra parte, specie nella attività peritale e forense ha la tendenza ad allargare il concetto di infermità mentale, giungendo ad includere seppure a certe condizioni anche i disturbi della personalità, come per altro previsto dalla sentenza n.9163/2005 della Corte di Cassazione.

Quindi mentre il mandato di cura è solo questo spetta ai sanitari che operano sia sul quadro clinico ma anche come vedremo sul vissuto del reato, le violazioni, il mandato della sicurezza sociale, della prevenzione di nuovi reati spetta alla giustizia e alle forze dell'ordine.

Lo stato di applicazione della legge

Come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura², tra giustizia e psichiatria si sono sviluppate buone pratiche e sono stati realizzati anche protocolli regionali come ad esempio nella Regione Emilia Romagna.³

Come previsto, la legge 81 si sta realizzando nella comunità. A giugno 2017, nella Regione Emilia Romagna a fronte di 24 ospiti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) vi erano 203 persone con misure giudiziarie nel territorio delle quali circa il 70%, in strutture residenziali.

Residualità della misura di sicurezza detentiva, regionalizzazione, numero chiuso nelle REMS, assenza di contenzione e un orientamento alla recovery sono i punti chiave della riforma.

Il numero chiuso delle REMS non sta scritto in nessuna norma ed è paragonabile al "mi no firmo" di Basaglia di fronte al registro delle contenzioni, un atto di rigore professionale dei Direttori delle REMS e dei DSM ove operano.

A questi occorre aggiungere le pratiche "no restraint"⁴ (Pellegrini, 2018). Infatti, la legge non può realizzarsi in un quadro di custodialistico o né di disinvestimento o abbandonico o in un contesto sociale di emarginazione.

In assenza di un sistema informativo nazionale, i dati forniti da Corleone (2018), a settembre 2017 indicano che le persone in REMS erano 604 di cui 335 con misure di sicurezza definitive mentre quelle con misure provvisorie erano 265 (44% del totale). Nel 2017 "i prosciolti per vizio totale di mente, ma socialmente pericolosi (ex art. 222 c.p.) che dovrebbero costituire la categoria giuridica paradigmatica del ricoverato in REMS sono 215 pari al 37% del totale, una netta minoranza"⁵. Un dato che fa molto riflettere e lo riprenderemo per delineare le prospettive future.

Risultano degenti 54 donne che rappresentano circa il 9% del totale degli ospiti delle REMS, percentualmente quasi il doppio delle donne detenute in carcere. Circa il 10% sono i senza fissa dimora.

Vi è poi il tema della crescita delle persone in lista di attesa. Secondo il 13° Rapporto di Antigone erano "313 le misure di sicurezza richieste (..) di cui 218 provvisorie" (Bellardetti, 2017). Queste ultime sono pari a circa il 72% del totale. Nel 2017, in lista di attesa "rispetto all'anno precedente i pazienti con una misura di sicurezza provvisoria sono saliti a 274, aumentando del 22% e arrivando ad essere il 45,7 % del totale."⁶

Un tema che, analogamente a quanto accade in tutta la sanità per l'appropriata gestione dei ricoveri, richiederebbe un lavoro concertato fra psichiatria e giustizia, al fine di monitorare l'intero processo, dall'ammissione alle dimissioni.

La misura di sicurezza provvisoria, applicabile "in qualunque stato e grado del procedimento" sulla base di un giudizio di pericolosità sociale e talora senza valutazione psichiatrica, viene ad assumere il significato di una misura di custodia cautelare⁷ che ha un forte impatto sia sulle persone che sulla REMS. Infatti, si tratta di persone che ancora non sono state ben diagnosticate, quindi possono essere imputabili, e per le quali vale la presunzione di innocenza. Una condizione che rende molto difficile il mandato di cura e per altro appare del tutto evidente come il mandato custodiale sia non solo improprio ma del tutto inattuabile nell'attuale assetto organizzativo dei DSM.

Se in OPG vi era il tema dell'"ergastolo bianco", in REMS la persona rischia di subire una detenzione preventiva kafkiana senza garanzie di tempi e di procedure, tanto maggiore se vi sono carenze della difesa spesso correlate con le condizioni di povertà ed emarginazione.

2 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi" 19 aprile 2017. "Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche" del 21 settembre 2018.

3 DGR Regione Emilia n. 767/2018, Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge 81/2014 sottoscritto il 30 maggio 2018.

4 Secondo la Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario Unico per il Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone 19 febbraio -19 agosto 2016: 17 REMS su 26 (allora aperte) non hanno effettuato contenzioni fisiche.

5 Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <<http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>.

6 "La misura di sicurezza provvisoria ex art. 206 c.p. corrisponde alla custodia cautelare in attesa di sentenza definitiva e dovrebbe dunque costituire un'eccezione, l'extrema ratio a disposizione del giudice. In carcere i detenuti non definitivi sono il 34% del totale, dieci punti percentuali in meno dei ricoverati provvisori." Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <<http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>

7 Per avere un raffronto le persone con misure di sicurezza detentiva provvisoria sono il 44% degli ospiti delle REMS mentre i soggetti con misura di custodia cautelare in carcere sono il 34,6% del totale dei detenuti contro una media europea del 22% (13° Rapporto di Antigone <<http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>).

Inoltre nelle REMS si sta determinando un “effetto accumulo” di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata o con problemi sociali rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole, povertà estreme) che per il quadro normativo e le difficoltà del sistema sociosanitario si trovano senza prospettive.

Il determinarsi di una condizione custodiale rischia di stravolgere il ruolo dei sanitari e di creare una situazione che contrasta gravemente con il percorso di cura poiché non determina chiarezza, fiducia, certezza dei tempi, responsabilizzazione reciproca.

Quanto ai flussi, secondo i dati dello SMOP Regione Campania, nel 2017 vi sono stati 374 ingressi in REMS mentre le dimissioni dimissioni sono state 328. Un dato che testimonia un buon turnover. Tra gli ingressi, 97 (il 26%) provengono dal carcere, a conferma di una connessione tra la questione penitenziaria e le REMS, in continuità con quanto avveniva in OPG. Questo testimonia come sia aperto il tema della qualità della cura della salute mentale negli Istituti di Pena essenziale per la definizione di un sistema unitario.

“Sul fronte delle dimissioni, si nota che più della metà (180, pari al 54%) siano in realtà trasformazioni dalla misura di sicurezza detentiva a misura di sicurezza non detentiva nelle forme della libertà vigilata. Questo significa che buona parte di chi esce dalla REMS continua ad essere sottoposto ad un controllo istituzionale e penale ma in altre strutture (comunità, gruppi appartamento, cliniche, case di cura) e rischia di protrarsi “per sempre”.⁸

Il riferimento alla legge 180

Dai dati si desume che larga parte dei pazienti che entrano in REMS sono già conosciuti dai DSM. Per quanto attiene le misure di sicurezza definitive, esse sono meno del 40% mentre in grande aumento sono le misure di sicurezza provvisorie che fanno assumere alle REMS un ruolo custodiale preventivo, del tutto improprio il quale, lentamente, viene introiettato da tutti operatori e contesti compresi.

Tuttavia l'aspetto più significativo è quello del crescente impegno delle diverse articolazioni dei DSM e seppure in assenza di dati nazionali, dalle rilevazioni regionali (ad esempio dell'Emilia Romagna) fanno stimare che i pazienti psichiatrici con misure giudiziarie seguiti sul territorio siano da 6000 a 9000.

Un numero significativo che richiede una metodologia, strumenti, risorse e formazione nonché un forte coinvolgimento della comunità sociale. Quindi seppure con un impegno dei DSM sempre più gravoso, la legge 81 sembra poter funzionare. I posti nelle REMS se dedicate sono a misure definitive potrebbero già ora essere più che dimezzati.

Resta il problema delle misure provvisorie che se caute-

lari, vedono la possibilità di essere eseguite in diversi contesti, dall'abitazione, ai luoghi di cura, agli istituti di pena. In ogni luogo il DSM è in grado di erogare interventi specialistici e nel caso, per la cura, servano interventi con diversi livelli di intensità questi saranno indicati dallo psichiatra. In questo modo si eviterebbe di avere una sola struttura di riferimento, la REMS, che per altro in quanto “Residenza” non è nelle migliori condizioni per le attività diagnostiche e per le fasi più acute e d'altra parte potrebbe non essere la struttura più adatta per il magistrato al fine della sicurezza sociale. Non solo ma la REMS dopo la prima fase, di alternativa all'OPG, sta assumendo connotati altamente stigmatizzanti.

Questa linea può essere condivisa dai diversi interlocutori? Si può realizzare per la persona con disturbi mentali e autrice di reato, un sistema unitario e coerente con la legge 180?

La chiusura degli OPG richiede nuove prassi e una revisione del ruolo di tutti: magistrati, psichiatri, periti, avvocati, UEPE (Unità per l'Esecuzione Penale Esterna), delle Forze dell'Ordine, dei servizi sociali e delle comunità locali.

Alla luce dei cambiamenti come innovare la psichiatria forense italiana e l'attività peritale e di consulenza riconnettendola alla psichiatria clinica e di comunità?

Nella pratica talora si ha l'impressione che una parte della giustizia non abbia come riferimento la 180. O meglio, fatta salva la sempre riconosciuta volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari e una visione assai variabile dei TSO (in certi casi di reato o suicidio del paziente invocati ex post come “atti dovuti”), la giustizia, spesso orientata da periti psichiatri (!), pare non conoscere e non tenere conto del modello organizzativo e delle pratiche reali della psichiatria riformata e sembra fare riferimento ad un modello asilare quando non chiaramente custodiale più in linea con la legge 36/1904 e regolamento del 1909 che con la 180.

Una posizione dove le pratiche reali vengono sostituite da una sorta di psichiatria ideale, da una “pseudopsichiatria” (Pellegrini, 2018) neopositivista, lineare, depurata delle incertezze, delle contraddizioni e del ruolo del paziente e del suo contesto. Ne deriva una condizione contraddittoria tra reale e ideale che finisce con il porre al centro quale elemento cruciale l'operato professionale, in particolare dello psichiatra ritenuto capace e in dovere di esercitare compiti prescrittivi, impositivi, di previsione, prevenzione e controllo, scientificamente, professionalmente e umanamente impossibili, per altro in assenza di un'organizzazione e di strutture con compiti custodiali.

Il legislatore può fare le riforme ispirate ad altri paesi (Inghilterra⁹, Germania, Francia, Svezia, Finlandia) ma va

8 Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>

9 In Gran Bretagna sono aperti gli ospedali psichiatrici e sono attive le “units sicure” ad alta, media e bassa sicurezza. Vi sono una serie di strumenti come i “Community orders” o i “Community treatment orders” i primi di natura giudiziaria i secondi di natura sanitaria, che impongono coattivamente scelte chiaramente di controllo al fine di evitare la restrizione della libertà e permettere alternative alla custodia. Inoltre per fare fronte alla pericolosità, anche solo presunta e in assenza di reati, sono possibili provvedimenti quali “l'imprigionamento per protezione pubblica” di durata potenzialmente indeterminata.

tenuto presente che il contesto normativo e organizzativo di quei paesi, ove sono presenti gli OP e strutture per autori di reato e vi sono dotazioni di posti letto ospedalieri e residenziali ben maggiori rispetto all'Italia. Questo vale per il legislatore ma anche per la parte tecnico scientifica in quanto pare necessario molta cautela nell'importare Linee Guida ed Evidenze da quei paesi e chiederne l'applicazione nel nostro. In Italia si è scelto di chiudere OP e OPG e di attuare una legge la 180 che si fonda sulla volontarietà e sul consenso informato (e le disposizioni anticipate di trattamento, di cui alla legge 219/2017) e quindi su un sistema di cura, occorre restare coerenti e chiedersi come dare piena applicazione, mediante formazione, strumenti, organizzazione, ad un modello che sia incentrato su misure giudiziarie e interventi di cura nella comunità e sia ispirato alle pratiche "no restraint".

Sarebbe molto utile se le società scientifiche potessero affiancare i servizi affinché dal nostro peculiare contesto, dalle pratiche reali possano emergere le evidenze, per linee guida e buone pratiche fondate sulla complessità.

Un altro tentativo di cambiamento della 180?

Mentre si cerca di rendere coerente l'attuazione della legge 81 con la 180 in particolare per quanto attiene alla volontarietà e al no restraint, in questa fase politica riemergono proposte come quella presentata dalla Sen. Marin ed al.¹⁰ nella quale si va in una direzione opposta. Infatti, si estende anche all'ambito ordinario e non solo agli autori di reato un obbligo di cura protratto. Dopo avere modificato i requisiti per il TSO prevedendo che un ricovero obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera si possa attuare "solo in presenza di un disturbo mentale con manifestazioni di aggressività auto o eterodiretta" e che "nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'azienda sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al giudice tutelare, nei termini di cui ai commi 1 e 2, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il trattamento è disposto all'interno delle strutture residenziali psichiatriche per i trattamenti protratti" "che devono essere dotate di posti letto superiori a trenta, anch'esse all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale, a garanzia della continuità terapeutica. In tali strutture pubbliche sono disposti dal giudice tutelare i trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera che si protraggano oltre il settimo giorno" ma almeno per ora non viene precisato quali debbano essere le condizioni strutturali, organizzative e la vigilanza. Il fatto che si preveda che il numero dei posti letto debba essere

"superiore a trenta" può aprire la via ad una nuova istituzionalizzazione che contrasta con la gran parte delle esperienze dei DSM i quali hanno favorito la riduzione dei posti al di sotto di 20 arrivando ad una residenzialità leggera incentrata sulla dimensione "casa".

Il disegno di legge prevede obblighi per il medico: "è tenuto a comunicare al sindaco, per i trattamenti sanitari obbligatori entro il settimo giorno, e al giudice tutelare, per i trattamenti sanitari obbligatori prolungati oltre il settimo giorno, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso". Cosa significhi che il sanitario "comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso" non è del tutto chiaro e fa ipotizzare che si alluda alle possibili violazioni e allontanamenti e in questa ipotesi non si precisa come dovrebbero essere gestiti. Certamente riportare in primo piano il "disturbo mentale con manifestazioni di aggressività auto o eterodiretta" fa sì che la pericolosità a sé e agli altri ritorni il focus dell'intervento.

Non sappiamo se il sopracitato disegno di legge andrà avanti o come i molti tentativi di cambiare la 180 finirà in nulla. Certamente è un segno dei tempi e degli orientamenti politici attualmente rappresentati al governo.

La concezione della cura

In attesa degli sviluppi legislativi è necessario avere presente che un sistema può essere riformato in diversi modi, cioè si possono avere diversi modelli, ma ciascuno deve trovare una sua coerenza interna per cercare di affrontare le contraddizioni e le aporie. Non solo ma occorre essere in grado di cogliere gli aspetti tecnici e i limiti organizzativi di un sistema che da 40 anni è di comunità, senza OP ed OPG.

La psichiatria può esercitare solo il mandato di cura e ogni altra impostazione pone in crisi il sistema, specie se lo spinge verso forme di custodia/coercizione che aprono interrogativi sulla loro liceità, fattibilità, sicurezza ed efficacia. La prolungata limitazione della libertà non è una condizione della cura ma contrasta con essa e pertanto ogni sforzo deve essere fatto per prevenire i TSO e ridurre al minimo la loro durata.

Mentre una parte della psichiatria e della giustizia stanno operando per il "no restraint", l'abolizione delle contenzioni, le "porte aperte", un'altra parte, al di fuori delle affermazioni di principio, nelle prassi fatica ad abbandonare un'idea di psichiatria manicomiale secondo la legge 36/1904. In altre parole pensa ancora in termini di contenitori, magari più belli, confortevoli degli OPG o delle carceri ma pur sempre dei luoghi separati, dove la privazione della libertà tende ad essere il fine. Una concezione del tutto inidonea alla cura del malato psichiatrico.

Infatti, se in forza di un provvedimento giudiziario una persona si trova non solo con una limitazione della libertà ma inserita in un percorso sanitario da lei non richiesto, è necessario un processo di chiarificazione e di definizione

¹⁰ Disegno di legge 656/2018 Sen. Marin ed al. "Modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

delle condizioni per l'intervento diagnostico terapeutico. Una situazione clinica assai difficile in quanto si tratta di prendersi cura in modo proattivo di chi non esprime domande e per farlo occorre accogliere in modo non giudicante, ascoltare, capire, motivare, iniziare a definire una base comune, le norme di rispetto reciproco, assicurare il "minimo vitale" con il sostegno ai bisogni di base. Questo per attivare la responsabilità e la cooperazione anche attraverso l'investimento sulle potenzialità della persona dando vita fin da subito ad un processo di "capacitazione". Un lavoro che si fa abitualmente nel territorio dove la cura può avvenire solo attraverso lo sviluppo della relazione intesa come un processo non lineare ma costituito da un insieme di movimenti che con pazienza, lentamente portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una possibile riduzione della sofferenza e un cambiamento di prospettive. In questo la relazione diviene unica, irripetibile e creativa, capace cioè di ridefinire e costruire in termini nuovi, differenti modalità di funzionamento mentale, affettivo e relazionale. Le menti funzionano attraverso connessioni e questo processo in parte empatico e profondo non è codificabile solo in termini cognitivi, né è ben prevedibile.

L'alta personalizzazione degli interventi di cura deve partire dal punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura del disturbo, del reato ed ha idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza non giudicante, l'ascolto e la comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò significa gestire i rischi, i conflitti e le violazioni fissando i riferimenti minimi per l'incontro mantenendo aperta la relazione di cura e cercando di attenuare i danni, favorire la maturazione e la resilienza nell'ambito della umana pietas. Questo consente le narrazioni congiunte, le nuove rappresentazioni del dolore, della sofferenza e avvicinano a quei dilemmi esistenziali e filosofici, vita/morte, essere/non essere, forme di vita che spesso i pazienti gravi portano all'attenzione di chi si prende cura di loro. Co-esistenza, interazione che si realizzano tramite la ricerca di senso, di una storia condivisa nell'ambito di un destino comune. Occorre definire i rischi ma occorre sapere che per pretendere fiducia bisogna darla per primi, avere fiducia che sia possibile un altro sviluppo, una diversa evoluzione della situazione. In troppe occasioni si vedono profezie che si autoavverano, specie se non viene fatto nulla per cambiare le condizioni, per dare opportunità. Questo apre il tema anche delle valutazioni che non possono essere solo oggettive ma sempre anche dinamiche, relazionali, nelle quali cioè entrano anche altri fattori di contesto. D'altra parte gli studi di genetica/epigenetica sulla plasticità del SNC, i "neuroni specchio" ed altre evidenze sostengono anche dal punto di vista scientifico questo approccio che può risultare molto più promettente di un mero studio del SNC mediante neuroimaging.

Perché questo lavoro complesso e profondo possa realizzarsi, occorre che lo psichiatra (e tutto il gruppo di lavoro) si senta libero, in grado di entrare nel mondo del possibile cambiamento dell'altro e di sé; se questa trasformazione creativa, transizionale è parte della cura, o è la cura,

occorre tenere conto delle condizioni per la sua difficile e incerta realizzazione. In questo quadro di riferimento va collocata la questione delicata della responsabilità spesso utilizzata o vissuta come riferimento per atteggiamenti difensivi, remissivi, di disinvestimento, fatalisti, sottilmente custodiali, tutti quanti anti-terapeutici.

Una cura che prende in considerazione tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali ma anche le questioni relative al reato, al suo vissuto, all'importanza che ha nel mondo interno e nelle relazioni, su identità, autostima e ruoli sociali. Un lavoro per favorire l'elaborazione di quanto accaduto e le possibili azioni riparative. Un'azione che si confronta anche con le condotte e le violazioni ma che legge utilizzando la chiave della psichiatria e quindi all'interno del mandato di cura. Questa non vede il reato come connesso alla malattia o come suo sintomo ma come una condotta multideterminata che vede fattori preesistenti, facilitanti, protettivi, precipitanti. Quindi un insieme ampio di variabili si collocano tra disturbo e reato, variabili personali, relazionali e di contesto che si intrecciano con il funzionamento psichico e la volontarietà delle azioni. Tutelare il mandato di cura vuol dire lasciare spazio ad attività fondate su paradigmi diversi da quelli della giustizia e del sistema penitenziario.

In questo quadro va ricordato con forza come la chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità (e non le REMS) richiede una revisione del concetto di responsabilità. Infatti va tenuto conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, dei rischi intrinseci, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Infatti, ai fini degli esiti positivi in medicina è sempre più evidente come sia indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in medicina e psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

Verso nuovi concetti

Se si vuole evitare "l'abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia" temuto da Basaglia, la conoscenza e la collaborazione reciproca sono essenziali per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare idee e prassi innovative. Va superato il concetto del "dove lo metto" per affermare sempre "come lo curo e lo recupero". Un cambio di mentalità che sul piano organizzativo può spingere la REMS a diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità, idealmente superare se stessa. REMS "no restraint", luoghi aperti senza i muri e i sistemi custodiali ereditati dall'OPG, parte del territorio che alla logica del posto-letto sostituiscono una concezione orientata ai percorsi, alla responsabilizzazione reciproca. REMS a loro volta superate mediante Progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con Budget di Salute (Pellegrini, 2017).

Sotto il profilo delle prassi l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza-prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una binaria.

Semplificando al massimo secondo la precedente prassi consolidata, il giudice, sentito il perito, dispone, la psichiatria “esegue” la cura e il paziente obbedisce e in un qualche modo vi si sottomette. Una cura di norma fondata sulla terapia farmacologica e al più psico-educativa comportamentale e adattativa. Una cura applicata dall'esterno, ad una persona che passivamente la subisce, nella presunzione che vi siano psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale mentre i dati scientifici indicano molta cautela (Breggin, 2018) e una limitata efficacia sia a breve, ad esempio che la schizofrenia è resistente ai trattamenti nel 25-30% e ancor più a lungo termine.

Non si può superare l'OPG senza prendere atto che è variato non solo il ruolo della psichiatria ma anche quello della giustizia. Questa ha competenze specifiche e autonome, possibilmente coordinate con la cura, e deve sviluppare una propria relazione con la persona tale da dare un senso alla misura adottata, alle azioni necessarie alla rieducazione e prevenzione di nuovi reati. Limitazioni della libertà, prescrizioni o dinieghi senza spiegazioni e precisazione dei tempi di durata della misura (come per altro previsto dalla legge 81/2014) non comunicati direttamente alla persona oggi non sono accettabili. Occorre abbandonare un modello autoritario impositivo a favore di uno collaborativo che preveda una forte responsabilizzazione della persona rispetto alle misure giudiziarie e alle eventuali violazioni. E' lei che ne deve rispondere e non lo psichiatra.

In altre parole, la giustizia deve sviluppare un “suo” patto con la persona in relazione al reato e alle misure conseguenti. Questo è essenziale anche con la persona con disturbi mentali, prosciolta e a maggior ragione se l'imputabilità è ancora da definire, per confrontarla con realtà e tramite impegni specifici prevenire reati e sostenere al massimo i percorsi di cura. L'impostazione prevista dalla legge 309/90 art. 94 è quella che si può applicare anche nella salute mentale.

“Il patto di cura” ha un'altra base giuridica, un'altra chiave di lettura e deve fondarsi sul consenso.

Si tratta di due patti, di due percorsi autonomi e specifici con possibili punti di contatto e convergenza, specie negli obiettivi. Nessuno dei due percorsi può sostituire e nemmeno parzialmente vicariare l'altro.

E' interesse di tutti che la persona si curi, si attenga alle prescrizioni e non commetta altri reati. Quindi la persona nella comunità si trova al centro di un percorso che vede due polarità, quella giudiziaria e quella psichiatrica.

Il passaggio da categorie rigide e dicotomiche (sano/malato, imputabile/non imputabile) a processi basati su dimensioni interagenti nella complessità (modello biosociale) dovrà portare a risposte sempre più articolate. Non più un doppio binario che dà vita a percorsi alternativi e mutuamente escludentesi, ma un doppio patto con al centro la persona nella comunità che tiene conto non solo delle specifiche competenze psichiatriche e giudiziarie ma anche dei diversi bisogni, a partire da quelli di base, per un programma di cura e il progetto di vita.

Se in caso di non imputabilità l'infermità contiene il reato e questo ne è la espressione, una visione basata sulla

complessità riconosce sempre ambiti di autonomia al reato e al disturbo che potranno vedere aree di sovrapposizione ma solo eccezionalmente sono pienamente coincidenti.

Vissuti psicologici si intrecciano con condizioni psicopatologiche, relazionali, sociali, di vita i quali vengono ad assumere a seconda dei casi il ruolo di fattori di rischio, protezione, precipitazione. Questi connotano la pericolosità non come dato obiettivo ma dinamico, dipendente dalla persona e dalle sue relazioni, comprese quelle di cura e giudiziarie.

Quindi si ha un continuum di vissuti dal normale al patologico, uno spettro sul quale operare. E trattandosi di un vissuto con una componente cognitiva importante, diviene fondamentale agire perché la persona possa sperimentare la capacità di modulare, articolare, controllare la propria attività mentale e il proprio comportamento.

Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sia sul piano clinico-riabilitativo che giudiziario dove sarebbe molto più utile al paziente una pena chiara che un ambiguo e talora incomprensibile proscioglimento.

Un orientamento alla recovery nel quale fin da subito sono presi in considerazione i determinanti sociali della salute (reddito, alloggio, formazione lavoro) e i fattori culturali, religiosi e spirituali della persona (Merzagora, 2017) in quanto fondamentali per la diagnosi e la cura ma anche per la comprensione del reato, della espiazione e la possibile riparazione.

Cure e misure di comunità si possono fare solo nella libertà mentale, con il consenso e la partecipazione attiva della persona. Questa ha bisogno di tempo, di comprendere ed essere compresa nell'ambito di relazioni di fiducia, sempre difficili da costruire, strutturalmente fragili, labili, molto esposte al rischio di violazioni o di fallimento. Una condizione operativa molto delicata, dove occorre chiarezza, sensibilità, attenzione ai dettagli, dove la parte patologica è nell'ambito di un funzionamento mentale e relazionale di insieme, dove il reato e la violazione sono presenti nel mondo interiore, ingombranti, inquietanti, corpi che cercano spazio, parole, senso. Un male che cerca di definirsi, ferite lancinanti in attesa di medicazione, buchi non colmabili, devastazioni e terremoti che aspettano i primi soccorsi, l'accoglienza, l'incontro, il riconoscimento per come sono e aperture di un dialogo. Il male evitabile, quello che può derivare dalla psichiatria, dal sociale o dalla giustizia va evitato, quello inevitabile va affrontato. Comprendere tutto questo è nell'interesse dell'azione giudiziaria i cui tempi e modi rischiano di segnare le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo patogeno, confuso e talora kafkiano.

Prospettive

Con la legge 180 la persona con disturbi mentali ha acquisito pieni diritti e doveri e quindi non è pensabile come sottoposta ad una costante tutela da parte di qualcuno, lo psichiatra in particolare. Per questo sarebbe necessario un adeguamento coerente della normativa in tema di imputabilità e misure di sicurezza.

Nelle prassi è essenziale che si consolidi l'idea di un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza. La consultazione preventiva, la perizia o una doppia perizia/perizia di equipe, una relazione con il DSM per la condivisione dei rischi/benefici e delle responsabilità devono essere preliminari all'adozione di misure giudiziarie.

Dal "doppio binario e un unico trattamento" ad "un solo binario e un doppio patto". Questo impianto potrebbe essere valido per tutti gli autori di reato.

Alcune annotazioni sul presente. Troppe sono le segnalazioni delle REMS invischiate nel loro funzionamento dai disservizi e tempi della giustizia. Una forte riduzione e semplificazione delle procedure sarebbe quanto mai utile. Infatti, per il funzionamento delle REMS è fondamentale che fin da subito la persona ospite (basta con il termine internato!) possa utilizzare tutti gli strumenti di cura e abilitazione del Dipartimento di Salute Mentale e non quelli della sola REMS, di per sé assai limitati. Quindi la misura di sicurezza detentiva deve essere presso il "Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera la REMS". Il regolamento penitenziario è inapplicabile nelle REMS ed occorre valorizzare il metodo basato sul consenso e la pianificazione delle cure. I confini non possono essere quelli fisici della REMS ma il perimetro è quello della cura. Questo renderebbe più semplice ed efficiente il rapporto con la Magistratura, che verrebbe interpellata solo per i pernottamenti esterni. Va valorizzata la persona mediante la sua presenza alle udienze, affinché la giustizia possa realizzare il proprio "patto". In questo quadro andrebbero garantiti i diritti, abolita l'immatricolazione e prevista la non iscrizione nel casellario giudiziario relativa alla misura di sicurezza.

Quale futuro per le REMS?

Se ad oggi siamo riusciti a chiudere gli OPG anche attraverso le REMS e senza la loro creazione, come pure una parte della psichiatria italiana aveva proposto temendo la nascita di tanti piccoli OPG, probabilmente non saremmo giunti al risultato.

Attualmente una serie di elementi sta mostrando con una forte evidenza la necessità di un superamento delle REMS in quanto strutture per l'esecuzione di una misura di sicurezza il che significa un loro definitivo distacco dal sistema giudiziario. Le REMS sono parte dei DSM ma ammissione e dimissioni sono decise dall'autorità giudiziaria e questo rappresenta una distorsione non accettabile per un sistema a gestione sanitaria.

L'obbligo a permanere in luogo di cura (che sia conseguente a arresti o detenzione) non può in alcuna maniera prescindere dai bisogni sanitari. Se ciò si verifica si ripropone una logica manicomiale, antiterapeutica e la persona ne ricava danni in quanto si manifestano regressioni e la sindrome istituzionale.

Se si vuole evitare la trasformazione in mini OPG, occorre una normalizzazione delle REMS e quindi la rimozione/abbattimento di ogni residuo dispositivo custodiale. Al contempo appare sempre più evidente che per la cura

psichiatrica non è necessaria una Residenza dedicata all'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Si tratta di sostituire all'idea del "posto REMS" quella del "percorso REMS" il che permette di poter utilizzare tutti i necessari dispositivi di cura del DSM e del sistema di welfare e di comunità.

Mantenendo i principi di riferimento (regionalizzazione, numero chiuso, assenza di contenzioni, recovery, volontarietà) le possibili prospettive sono:

- a) La prima è quella di non avere più strutture per l'esecuzione di misure di sicurezza; queste devono essere effettuate nelle articolazioni dei DSM o a domicilio; quindi solo posti REMS/o percorsi giudiziari nelle normali strutture. Una soluzione diffusa, molecolare nelle strutture o a domicilio sostenute da PTRI con budget di salute può realizzare il doppio patto per la cura e la prevenzione di nuovi reati, senza più strutture dedicate, ma con la casa della persona come riferimento primo per la cura.
- b) Nel caso si proceda al mantenimento delle REMS è necessaria una loro normalizzazione a comuni residenze attraverso la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale e il loro utilizzo residuale per le sole misure definitive.
- c) Il tavolo 11 degli Stati Generali per l'Esecuzione Pena prevedeva che "se si vuole valorizzare l'aspetto sanitario della R.E.M.S. (abbandonando l'approccio custodialistico dell'O.P.G.) occorre dar vita ad uno specifico ordinamento "sanitario", che non si riferisca per relationem a quello penitenziario.

In merito al rapporto tra il nascente ordinamento "sanitario" delle R.E.M.S. e l'ordinamento penitenziario occorre abbandonare il modello della specialità per specificazione (rinvio sistematico all'ordinamento penitenziario, salvo diversa previsione), bensì optare per il modello della specialità reciproca (il regolamento R.E.M.S. è del tutto autonomo e solo con riguardo ai profili di cui all'art. 13, 24 e 27 Cost. vige una disciplina simile a quella prevista dall'Ord.pen.).

A tal proposito, deve anzitutto essere prevista una clausola generale per cui al modello organizzativo delle R.E.M.S. non si applica l'Ordinamento penitenziario. Si deve poi modificare, ovunque si faccia riferimento alla persona ospitata nelle R.E.M.S., il termine "internato" in "paziente psichiatrico giudiziario".

Quali conseguenze derivano da questa nuova impostazione e quali obiettivi deve perseguire il nascente Ordinamento?

1. una nuova denominazione delle attuali R.E.M.S. da modificarsi in Servizi Psichiatrici per Pazienti Giudiziari (S.P.P.G.), soprattutto se il legislatore opterà per la creazione di "misure giudiziarie di cura e controllo" per soggetti non imputabili infermi di mente;
2. un forte accento sulla tutela dei diritti fondamentali del paziente psichiatrico giudiziario e sulla centralità della persona;
3. il "trapianto" (con le necessarie modifiche) di tutti gli

- istituti previsti dall'ord.pen. che consentono la restituzione (anche parziale) della libertà (a titolo di esempio i permessi di necessità, i ricoveri, il lavoro esterno, la semilibertà e le licenze);
4. la centralità del Programma Terapeutico Individuale (P.T.I.), che il paziente può conoscere e condividere attraverso il c.d. "consenso informato". Tale Programma sarà parte integrante del provvedimento giudiziale che dispone il ricovero e dunque conosciuto e condiviso dall'autorità Giudiziaria, ferma restando l'autonomia del sanitario in merito alla scelta terapeutica;
 5. una completa riformulazione ex novo della normativa dei colloqui visivi, delle telefonate e dell'uso "controllato" di internet, che seguirà la regola generale della "non limitazione salvo casi eccezionali" (esigenze terapeutiche, cautelari e di controllo, tramite provvedimento dell'A.G. sentito il dirigente sanitario);
 6. gli strumenti per far fronte alle acuzie e alla gestione di pazienti che necessitano livelli di alta intensità terapeutica. A tal proposito occorre che gli S.P.P.G. si organizzano per proporre trattamenti differenziati a pazienti acuti, sub-acuti e persistenti;
 7. la caratterizzazione degli S.P.P.G. come strutture di permanenza temporanea, aperte verso l'esterno e proiettate verso percorsi di reinserimento sociale, onde evitare che si trasformino in cronici ad alta contenzione psicofarmacologica o in contenitori residuali della marginalità sociale.
 8. l'esclusione dell'applicazione della normativa riguardante il Trattamento Sanitario Obbligatorio all'interno degli S.P.P.G. ".

In questa prospettiva che accoglie molte delle innovazioni che si sono realizzate in questi anni, si inserisce anche la creazione nei DSM di articolazioni, funzioni, unità operative e programmi di psichiatria forense. In questo quadro si può prevedere l'evoluzione del sistema di cura e non solo delle REMS secondo livelli di intensità di cura e (sicurezza) e creare anche nei presidi competenze altamente specializzati per la valutazione e la definizione del programma di cura.

- d) Nell'attività ordinaria si vedono altri movimenti. Il primo è quello della contaminazione di tutto il sistema dei DSM a partire da quello residenziale investito di un nuovo mandato custodiale e di controllo fondato sulla crisi del patto sociale. Questo si sostanzia anche in una spinta verso l'apertura di altre REMS con un aumento del numero dei posti (lo scorso anno, il magistrato Paola Di Nicola (2017) ne richiedeva 200 in più) in un processo espansivo che probabilmente non avrebbe limiti nella domanda (se non quelli economici) e potrebbe portare, come in Inghilterra, anche a 6000 posti; un sistema che verrebbe ulteriormente spinto all'ampliamento anche dalla proposta della Sen. Marin che prevede cure obbligatorie nelle residenze. In questo quadro vi è il rischio di una progressiva trasformazione delle REMS in Mini OPG e di una lesione dei diritti degli utenti. Infatti nelle REMS vi sono difficoltà a di-

mettere, si accumulano poveri, misure provvisorie, persone abbandonate e autori di reati gravi. Tralasciando per ora la fattibilità operativa, sembra vi siano orientamenti per valorizzare non tanto la cura quanto una funzione di controllo del disagio sociale. Una rinuncia al cambiamento attraverso l'investimento sulla persona, una "capacitazione" e iniezione di fiducia e diritti sociali, sostituita da contenimento, aumento dei controlli e delle sanzioni?

I posti nelle REMS sono ormai dedicati per la metà a misure provvisorie ed assumono di fatto una natura di carattere custodiale. Un mandato del tutto improprio per la sanità. Non solo ma si associano pazienti con reati importanti e programmi complessi, ed altri magari ancora nemmeno ben diagnosticati o di utenti che hanno commesso reati lievi ma non hanno aderito o hanno violato i programmi di cura o non hanno la capacità di stare in giudizio.

Le REMS, talora con sollievo di famiglie, contesto e in certi casi anche dei DSM, svolgono la funzione di controllo sociale, liberano per un tempo dal disagio, da soggetti disturbanti dediti alla microcriminalità, ma niente affatto motivati alla cura. In altri termini sono l'appendice dell'Istituto di Pena ove sarebbe destinata la persona. Questa spesso si vede costretta a permanenze in REMS non sulla base del quadro clinico e del programma di cura ma per un ambiguo mix giudiziario-psichiatrico che finisce con l'aver basse garanzie, quando non viola palesemente i diritti. Si ricrea una condizione dove il patto di cura e quello della sicurezza diventano confusivi, e la funzione della REMS è di mero contenimento, limitazione della libertà. Una REMS come appendice del sistema penitenziario? A leggi invariate, le prassi cambiano senso alle cose.

Conclusioni

Pur in un quadro legislativo incompleto e con la carenza di risorse, sono stati chiusi anche gli OPG e la riforma con pragmatismo, pare poter funzionare. Tuttavia si rende necessario in uno spirito di collaborazione tra giustizia e psichiatria, per altro auspicato anche dal Consiglio Superiore della Magistratura, un chiarimento dei mandati, una definizione delle organizzazioni e affrontando le contraddizioni. Si è creato un sistema di cura e di misure di comunità che si confronta con le povertà e le contraddizioni sociali, nonché determinate libere scelte delle persone.

Va evitato che il disagio sociale venga delegato alla psichiatria favorendo invece il mandato di cura rispetto a quello della sicurezza sociale attribuendoli con chiarezza ad istituzioni diverse.

Ad oggi è centrale il mandato di cura dei DSM che devono operare per la cura nella comunità. In questa ottica gli utenti vanno resi protagonisti, responsabilizzati rispetto ai loro programmi di cura e al rispetto dei limiti loro imposti dalla giustizia. Questo deve realizzarsi nel contesto ritenuto dai clinici più idoneo e non vi debbono più essere strutture sanitarie con finalità di eseguire misure di sicurezza. Infine va tenuto conto del persistere dello stigma della

REMS che è molto elevato e pertanto viene drammatizzato ogni evento avverso rendendo molto più difficile il lavoro degli operatori e l'inclusione sociale. La maggior parte degli utenti è già nel territorio e quindi è auspicabile il superamento delle REMS. Se la persona deve restare in carcere bisogna assicurare in quella sede gli interventi di cura possibili e appropriati alla situazione.

Nella creazione del nuovo sistema è fondamentale il ruolo dei periti e il tipo di quesito. Oltre alla valutazione della capacità di stare in giudizio, della imputabilità, della pericolosità sociale (e delle misure di sicurezza) è diventato fondamentale avere una proficua collaborazione con il DSM di riferimento territoriale sia per una migliore definizione del programma di cura sia per il reperimento di un'adeguata soluzione secondo quanto previsto dalla legge 81/2014 (residualità delle misure di sicurezza detentive) e anche per avere un'alternativa alla REMS, qualora non vi fosse posto. In talune occasioni, specie in fase di cognizione, ai periti viene anche attribuito una qualche forma di valutazione dell'operato dei servizi territoriali come se ad essere inquisito non fosse solo la persona ma anche chi ha cercato in un qualche modo, alle condizioni possibili, di curarlo.

Una prassi che se dovesse estendersi magari sotto la spinta di una giustizia penale "di parte" potrebbe spingere alla psichiatria difensiva ed evitante. Il ruolo degli avvocati è essenziale per creare le migliori condizioni per la tutela dei diritti evitando di pensare che il proscioglimento per totale incapacità sia sempre la soluzione più utile alla persona. Le condizioni della cura vanno costruite insieme evitando, dopo la commissione di un reato, di vedere negli operatori dei servizi dei corresponsabili o peggio degli imputati.

La complessità e la difficoltà del compito dello psichiatra va sempre riconosciuto specie in un sistema che voglia essere capace di cogliere le sofferenze della persona, famiglia, delle relazioni, della coppia. Per questo occorre una strategia articolata che veda una pluralità di attori e si sviluppi nella comunità. Si pensi ad esempio ai femminicidi. Da indagini pare quasi sette milioni di donne abbiano dichiarato di aver subito una violenza fisica o, peggio, uno stupro. Una su cinque ha riportato danni permanenti. Quasi cinquantamila donne sono state assistite dai Centri Antiviolenza. Il 20% dei femminicidi è stato preceduto da una misura cautelare che disponeva un divieto di avvicinamento che non si è rivelato efficace nel proteggere le vittime. È chiaro che intervenire, con un tentativo di cura individuale o di coppia, non può essere gravato da un impossibile mandato di controllo sociale in capo al terapeuta. Queste situazioni rendono evidente come sia necessario chiarire in modo inequivocabile i mandati. La posizione di garanzia dello psichiatra va superata riconoscendo le evidenze scientifiche e

cioè l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone, assicurando in relazione alla grave difficoltà del compito, "il privilegio terapeutico" e forme di responsabilità istituzionali. Per essere all'altezza del compito e delle complessità sociali (sostanze, multiculturalità, nuove tecnologie, globalizzazione) occorre un cambio di mentalità dove ciascuna parte ha chiaro il proprio mandato aggiornato alle condizioni di oggi.

Infine è fondamentale la formazione e la ricerca e in questi è cruciale il ruolo delle università e delle società scientifiche anche al fine di avere strumenti derivanti e applicabili nella realtà operativa italiana, l'unica al mondo a non avere più OP e OPG. E' bene che si sviluppi il dibattito. Attraverso una Consensus Conference nazionale si potrebbe arrivare alla definizione di buone pratiche, coinvolgendo le famiglie, la società civile, gli enti locali, la comunità. In questo è fondamentale il ruolo delle Università e delle Società Scientifiche.

Riferimenti bibliografici

- Basaglia, F. (1979). *Conferenze brasiliane*, 21 giugno 1979. Milano: Raffaello Cortina.
- Belardetti, A. (2017). "Pazzi criminali liberi". Nelle Rems non c'è posto, *La Nazione*, 11 giugno 2017 <http://www.ristretti.org/Le-Notizie-di-Ristretti/qpazzi-criminali-liberiq-nelle-rem-non-ce-posto>
- Breggin, P. (2018). *La sospensione degli psicofarmaci*. Fioriti.
- Ceretti, A. & Natali, L. (2009). *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corleone, F. (ed.) (2018). *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*. QCR, 1.
- Di Nicola, P. (2017). *Vademecum per tentare di affrontare e (risolvere) il problema dell'assenza di posti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)*. *Diritto Penale Contemporaneo*, 13 dicembre 2017, <https://www.penalecontemporaneo.it/d/5750-vademecum-per-tentare-di-affrontare-e-risolvere-il-problema-dellassenza-di-posti-nelle-residenze-pe>
- Merzagora, I. (2017). *Lo straniero a giudizio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pellegrini, P. (2015). *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*. Milano: Franco Angeli.
- Pellegrini, P. (2017). *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Merano: Alphabeta.
- Pellegrini, P. (2018). Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XII, 2, 96-104.
- Pellegrini, P., Paulillo, G., Giannattasio, V., & Mozzani, M. (2018). Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato. *Sestante* 06, settembre 2018, 45-49