

Superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari: 1000 giorni di REMS, riflessioni



Pietro Pellegrini¹

In attesa di dare applicazione all'intera riforma conseguente alla legge 81/2014 e alla 103/2017 e relativi decreti dai quali può derivare un sistema unitario che assicuri il diritto alla salute alla persona rea a prescindere dalla sua condizione giuridica a tre anni dal 1 aprile 2015 si può fare una prima valutazione.

Il sistema di salute mentale di comunità seppure con molte difficoltà e forti diversità regionali sembra poter affrontare i problemi posti dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). In questo breve contributo segnalo due punti molto rilevanti:

- a) La lista di attesa
- b) La crescente quota di utenti con misure giudiziarie seguiti nel territorio.

Lista di attesa

Dai dati forniti da Corleone², a settembre 2017 a fronte di 604 persone in REMS le misure di sicurezza definitive erano 335 mentre quelle provvisorie 265 (44% del totale). Nella lista di attesa al 6 settembre 2016 risultavano 219 persone di cui 150 con misure provvisorie (68%) del totale.

A differenza della misura di sicurezza definitiva che viene applicata al termine di un complesso iter giudiziario nel quale la valutazione psichiatrica è di solito ben definita, la misura di sicurezza provvisoria è applicata, durante il processo dal GIP che opera un giudizio di pericolosità sociale dell'imputato che non sempre è fondato sulla perizia psichiatrica³ la quale può essere ordinata dal giudice nell'ambito della sua discrezionalità (Cassazione penale 37573/2014). Infatti, per applicare la misura di sicurezza provvisoria (art 206 c.p.) ai sensi dell'art.312 del c.p.p. è sufficiente la sussistenza di gravi indizi di commissione del fatto. La Corte costituzionale sentenza 367/2004 "proprio alla luce della non definitività degli accertamenti sul fatto, assume particolare rilievo, in relazione alle condizioni di salute dell'indagato infermo di mente, l'esigenza di predisporre cure e cautele adeguate e proporzionate al caso concreto (..)".

Ci si muove quindi in un contesto che seppur caratterizzato da gravi indizi sia in merito alla commissione del reato sia alla infermità psichica, è improntato ad assicurare "cure e cautele adeguate".

¹ Direttore 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 <ppellegrini@ausl.pr.it>.

² Corleone F. (a cura di) "Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma" QCR 1/2018, Pacini Ed.

³ La perizia può essere esperita in fase preliminare come accertamento tecnico di parte disposto dal PM (artt. 359-360 c.p.p.) oppure come incidente probatorio per accertare lo stato mentale della persona che può essere soggetto a modificazione non evitabile (artt. 392-398 c.p.p.).

Quindi sul piano giuridico si procede sulla base di indizi di colpevolezza a fronte di persone che possono rivendicare la loro innocenza e comunque una definizione del fatto reato nelle sedi proprie della giustizia e non in un contesto di cura. La collocazione in REMS assume per altro il significato di una misura cautelare che potrà anche essere necessaria alla giustizia ma non può esserlo affatto per la cura.

Qui si apre un grosso problema perché se lo scopo della misura di sicurezza è assicurare la cura in relazione alle particolari condizioni di salute dell'indagato infermo di mente queste dovranno essere definite da psichiatri nelle sedi, forme e nei modi più appropriati secondo le attuali conoscenze della disciplina.

Ci si trova invece spesso con una prevalenza della misura cautelare custodiale in REMS sulla cura il che non solo contrasta con il percorso diagnostico e terapeutico ma è inattuabile nell'attuale assetto organizzativo dei DSM. Questo snatura il mandato di cura e pone in crisi il sistema e credo non sia affatto in linea con quanto previsto dalla legge 81.

Se è facile comprendere come a fronte di fatti reato molto gravi vi sia da procedere con molte cautele, l'affidamento del paziente al sistema di cura di comunità implica la necessità di procedere secondo le regole proprie di questo senza chiedere nemmeno implicitamente che le REMS diventino strutture chiuse e fortemente custodiali. Se questa è la necessità prevalente allora il sistema da utilizzare non è quello sanitario.

Per quanto attiene alla diagnosi e cura del disturbo mentale va attuato nel consenso e nel sistema di comunità con la partecipazione attiva della persona. Questa specie nel suo primo contatto con i servizi della salute mentale 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 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. E in tutto questo i tempi dell'azione giudiziaria segnano le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo molto ansiogeno, in certi casi confuso e talora kafkiano.

I passaggi giudiziari principali riguardano la definizione dell'imputabilità⁴, della pericolosità sociale ma anche la determinazione ai sensi dell'art. 70 del c.p.p.⁵ della capacità di partecipare coscientemente al processo e in questi sono essenziali il lavoro dei periti, il loro raccordo con i Centri di salute mentale e la partecipazione e la qualità della difesa.

I nuovi ammessi con misure provvisorie si trovano ad essere inseriti in REMS con persone che hanno programmi abilitativi ed equilibri già definiti. Nelle REMS per altro si sta determinando un

⁴ Il difetto di imputabilità, genericamente inteso e pertanto dovuto ad una qualsiasi delle cause previste dalla legge, può essere riconosciuto dal giudice tanto nella fase dell'udienza preliminare, quanto nel corso del dibattimento. Se riconosciuto dal giudice dell'udienza preliminare, il difetto di imputabilità conduce ad "*una sentenza di non luogo a procedere*" ex art. 425 c.p.p. Se il difetto di imputabilità sarà invece riconosciuto nel corso del dibattimento, esso condurrà ad una sentenza di assoluzione ex art. 530 c.p.p.

⁵ Art.70 c.p.p. "Quando non deve essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere e vi è ragione che, per infermità mentale, l'imputato non è in grado di partecipare coscientemente al processo, il giudice, se occorre dispone anche d'ufficio, perizia" (omissis)

“effetto accumulato” di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata magari in relazione al reato o con problemi sociali assai rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole povertà estreme ecc.) che in relazione al quadro normativo e alla difficoltà del sistema sociosanitario si trovano senza prospettive. Una tendenza che va contrastata con forza.

Occorre applicare la legge 81 e rendere le misure detentive davvero residuali questo anche per quanto attiene le misure di sicurezza provvisorie e credo vada definito un iter preciso con la magistratura che preveda sempre una valutazione psichiatrica, una perizia o una doppia perizia/perizia di equipe, ed un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza.

Questo è tanto più rilevante nella misura in cui vengono ad essere applicate le misure provvisorie a persone che utilizzano sostanze psicoattive, con sospetti disturbi della personalità, alti livelli di psicopatia.

Misure giudiziarie nel territorio

Non vi sono dati a livello nazionale ma dai dati parziali il numero di misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) nel territorio è in forte crescita. Nella Regione Emilia Romagna a giugno 2017 a fronte di 24 persone in REMS vi erano 203 persone nel territorio (rapporto 1:8) delle quali larga parte, circa il 70%, in strutture residenziali.

Un lavoro molto impegnativo che deve trovare ugualmente partecipi e responsabili articolazioni giudiziarie e dei servizi sanitari e sociali con impegni convergenti ma autonomamente sottoscritti dalla persona non più considerata incapace e irresponsabile. Impegni che vedano la giustizia (anche per tramite delle forze dell'ordine) in una posizione attiva, di primo piano e non di delega in toto alla psichiatria. La persona con disturbi mentali non va trattata diversamente, come cittadino di serie B, con meno doveri, meno diritti e garanzie degli altri, persona da mettere sempre sotto tutela di qualcuno, lo psichiatra in particolare.

Questo implica anche passare ad una diversa concezione della posizione di garanzia dello psichiatra al quale non solo va riconosciuto l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone ma al quale va attribuito “il privilegio terapeutico”, garantito forme di responsabilità istituzionali, in relazione alla grave difficoltà del compito assegnatogli.

La definizione di buone pratiche secondo le indicazioni del Consiglio Superiore della Magistratura⁶ deve trovare, magari attraverso una Consensus Conference nazionale, puntuale applicazione in tutte le regioni. E' questo il lavoro più urgente!

⁶ Fasc. 37/PP/2016 del 19 aprile 2017, “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”: www.societadellaragione.it/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg.