

Coordinamento nazionale delle REMS

Coordinatori: Raffaele Barone, Roberto Mezzina, Pietro Pellegrini

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 D.M. 19.7.2017 in attuazione della legge 103/2017.

Audizione del 24 novembre 2017 – Ministero della Giustizia

Introduzione

A nome del Coordinamento ringrazio il Presidente e la Commissione per l'invito all'incontro di oggi.

Il coordinamento nazionale delle REMS e dei relativi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) è stato istituito nel maggio 2017 e dopo diversi incontri, iniziative e convegni, ha predisposto un Programma che tra le altre attività ha anche quella di dare piena realizzazione alla legge e concorrere per quanto di competenza alla revisione della normativa che, come noto, non è del tutto coerente. Riteniamo che la chiusura degli OPG sia certamente frutto di un lavoro comune a molteplici soggetti, ma crediamo di poter dire che per la sua riuscita è stato essenziale il lavoro dei DSM nel loro ruolo di servizio pubblico per la tutela della salute mentale dei cittadini.

Nell'ultimo incontro del Coordinamento tenutosi il 17 novembre a Trieste nell'ambito del Convegno internazionale "The right [and opportunity] to have a [whole] life", organizzato dal Centro Collaboratore dell'OMS di Trieste in collaborazione con 36 paesi e con enti ed organismi internazionali operanti nel campo della salute mentale e dei diritti umani, che ha avuto tra i suoi temi centrali la riforma italiana introdotta dalla legge 81, sono emerse preoccupazioni circa il fatto che la riforma del sistema normativo relativo alle misure di sicurezza personali e dell'assistenza per le persone con disturbi di tipo psichiatrico e disabilità psicosociali stia procedendo senza il coinvolgimento e il confronto con i DSM delle Aziende sanitarie e delle Regioni alle quali essi fanno riferimento. Tale confronto dovrebbe prevedere anche il Ministero della Salute e degli Interni poiché le misure di sicurezza sono di fatto "di comunità", e del Ministero dell'Economia dato che ulteriori sviluppi della riforma come quelli preannunciati non sono realizzabili senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Qui poniamo una prima questione di metodo, legata alla necessità di avere la presenza di tutti gli interlocutori in fase di predisposizione dei provvedimenti al fine di renderli coerenti e applicabili. In altre parole non è la sola logica giuridica quella che deve ispirarli, ma una relazione viva e dinamica con altri punti di vista come quello dei servizi per la salute mentale, essenziali poi per la realizzazione delle norme.

Pur comprendendo i limiti della delega conferita con la legge 103/2017 riteniamo che non solo sia necessario il coinvolgimento dei diversi soggetti (compresi utenti, famiglie e società civile) ma anche trovare un metodo, quale ad esempio una *consensus conference*, che permetta di raggiungere punti di accordo e dare impulso a "buone pratiche condivise", molto più utili e concretamente applicabili rispetto a teoriche linee guida (prodotte in altri contesti).

Questo è ancor più necessario se si tiene conto della situazione dei servizi per la salute mentale nelle diverse regioni, dei differenti modelli organizzativi ma anche della necessità di innovare fortemente le prassi operative rimarcando una netta cesura con quelle che erano in vigore negli OPG. Pertanto le norme

nazionali dovranno essere applicate in contesti locali e per questo sono necessari accordi specifici e prassi da sviluppare nel territorio (sulla base ad esempio di accordi locali e di quelli Stato-Regioni e Province Autonome per l'attuazione della legge 81/2014 del 25 febbraio 2015, attualmente in fase di revisione).

Un modello di comunità unitario e coerente

Il modello di comunità da sviluppare e rendere pienamente operativo nel nostro paese deve essere originale in relazione alla legislazione e alla tipologia di servizi di salute mentale (gli unici al mondo senza Ospedali Psichiatrici) conseguenti alla legge 180/1978, tenendo conto anche che il diritto alla salute non può essere lesa in ragione di norme di protezione e sicurezza sociale. Infatti, la Corte costituzionale ha più volte ribadito: "Le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente".

Relativamente al metodo è necessario tenere presente il pronunciamento del Consiglio Superiore della Magistratura¹ e il documento del Comitato Nazionale di Bioetica², le posizioni espresse da giuristi e psichiatri³ e di quanto emerso in numerosi incontri e convegni che hanno messo a fuoco sulla base delle esperienze i principali problemi operativi.

Il processo di partecipazione deve vedere la fondamentale presenza degli Enti locali (ANCI) e dare voce all'utenza e familiari, alla società civile e alle associazioni che si occupano delle persone private della libertà e si sono interessate del problema della chiusura degli OPG. A tal proposito risultano essenziali punti di riferimento le relazioni del Commissario Straordinario Sen. Franco Corleone che ha ben evidenziato i punti di forza e critici di uno straordinario processo, da lui definito una "rivoluzione gentile".

Dopo la legge 103/2017

Nel corso del 2016 si è sviluppata nei DSM e nelle REMS una certa preoccupazione a seguito dell'approvazione dell'emendamento "Mussini" e del dibattito su altri (De Biasi et al.) che andavano a configurare a chi riservare il ricovero in REMS senza una visione di insieme. Nemmeno l'approvazione della legge 103/2017 (e con essa di diversi ordini del giorno) non ha portato ad un quadro chiaro e coerente e ciò rende ancora più necessario un confronto che porti a risultati tali da garantire una piena funzionalità al sistema.

I punti evidenziati dal Parlamento (l'utilizzo delle REMS, la situazione penitenziaria con particolare riferimento ai soggetti che potrebbero rientrare negli art 148 c.p., e 111, 112 Ord. Pen.) e la loro riforma va collocata all'interno di un disegno riformatore unitario. Lo stesso anche per quanto attiene alle relazioni finali dei tavoli (10 e 11) degli Stati Generali per l'Esecuzione della Pena, i quali hanno avanzato ipotesi di revisione carenti del necessario confronto con i fondamenti teorici e operativi dei sistemi, in primis quello

¹ "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

² Comitato Nazionale di Bioetica "La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi di bioetica" 21 settembre 2017. http://www.sossanita.it/cnb_salute_mentale_2631.html

³ A titolo esemplificativo: Pellegrini P. "Per una psichiatria senza Ospedali Psichiatrici Giudiziari", Franco Angeli, 2015, numerosi articoli su riviste Sestante, Diritto Penale Contemporaneo, Psicoterapia e Scienze Umane

sanitario, sul quale hanno non solo hanno un importante impatto ma dai quali sostanzialmente dipende la loro realizzazione.

Riferimenti per la Commissione

E' quindi molto importante il lavoro della presente Commissione alla quale ci rivolgiamo affinché abbia ben presenti i principi che regolano oggi la cura delle persone con disturbi mentali in Italia a seguito della legge 180/78, dei diversi Progetti Obiettivo 1994-96 e 1998-2000, del recente Piano d'Azioni Salute Mentale e delle normative regionali. Con questi principi e con lo stato dei servizi di salute mentale da essi derivati deve confrontarsi ogni normativa per non creare situazioni gravemente incoerenti, contraddittorie, inattuabili o impossibili.

L'applicazione della legge 81/2014 è potuta avvenire perché la si è inserita all'interno di un quadro che ha reso norma operativa la regionalizzazione, il numero chiuso, l'assenza delle misure di contenzione, la non applicazione del regolamento penitenziario.

Ne è derivata una concezione della REMS come struttura sociosanitaria all'interno dei DSM superando ogni ambiguità circa la possibilità di avere "REMS penitenziarie" collegate e funzionali al solo sistema della giustizia. Un impianto che certamente non ha risolto tutti i problemi, ma come spesso accade nelle riforme ne ha aperto altri:

- La lista di attesa (funzionamento, prevenzione delle misure detentive, dimissioni);
- L'assistenza delle persone per le quali, ai sensi degli artt. 148 c.p., e 111 e 112 dell'ordinamento penitenziario, si faceva riferimento all'OPG per i quali vanno costruite le necessarie alternative e che attualmente sono negli istituti di pena, in parte come "residuo degli OPG" ;
- La questione delle Articolazione per la salute mentale negli Istituti di Pena e in generale della salute mentale in carcere in applicazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008;
- Il crescente numero di soggetti con libertà vigilata (o altre misure giudiziarie) in cura presso i DSM e spesso in Strutture Residenziali di vario tipo (201 in Emilia Romagna ad un indagine di giugno 2017);
- La gestione in ambito solo sanitario di soggetti ad alto rischio, e con scarsa aderenza ai programmi di cura;
- La dotazione di risorse, la cultura operativa e la capacità dei DSM delle diverse Regioni nel farsi carico di questi utenti nel breve ma anche nel lungo termine;
- Le diverse tipologie di relazione fra DSM-Magistratura di sorveglianza e cognizione;
- Il tema dei diritti, delle garanzie e della tutela delle persone con misure giudiziarie.

Non possiamo entrare nel dettaglio delle singole questioni sulle quali riteniamo possano agire solo un disegno unitario e azioni sinergiche che, con una chiarezza di obiettivi e pragmatismo, abbiano ben presente non solo lo stato del sistema giudiziario e penitenziario ma anche di quello dei DSM e del welfare di comunità, di fatto chiamati a farsi carico della gestione di questi problemi. La stessa residualità del ricorso alla misura detentiva può essere realizzata solo con questo impianto. Quindi occorre avere chiaro che le modifiche normative per altro senza risorse aggiuntive deve tenere conto dell'impostazione dei DSM

e dei loro limiti, al fine di non avere norme inattuabili o che compromettano la funzionalità del sistema di salute mentale nel quale è strutturalmente impossibile un'azione custodiale e che va peraltro rassicurato onde evitare ogni forma di psichiatria difensiva, fondata sulla paura, sull'evitamento e sulla delega delle responsabilità. Un'azione sul corpo professionale deve essere volta a costruire insieme conoscenza, fiducia, collaborazione, spirito di servizio in una chiarezza di finalità e di *mission*, quali elementi fondamentali per realizzare ogni cambiamento.

Ma prima di procedere ulteriormente è essenziale esplicitare che misure giudiziarie e interventi di cura hanno due ambiti di riferimento del tutto diversi. Essi possono convergere ma è ben diverso operare per la prevenzione nel quadro della pericolosità sociale e quindi evitare la commissione di nuovi reati da un lato, e dall'altro predisporre con la persona programmi di cura fondati sulla co-costruzione, il consenso, la corresponsabilizzazione e quindi la volontarietà.

Questi due campi possono/debbono convergere verso obiettivi condivisi tra giustizia, psichiatria, persona e contesto di riferimento in una visione comune, ma secondo percorsi che hanno autonomie e specificità. Quindi non può essere definito un dispositivo unico che renda coesenziali le misure giudiziarie e quelle sanitarie come ad esempio la "libertà vigilata terapeutica". Come psichiatri dobbiamo dire che la "libertà vigilata" non è fra gli interventi terapeutici. La libertà vigilata in quanto misura di sicurezza non detentiva è una limitazione ed è opportuno che la magistratura approfondisca i contenuti dell'aggettivo "vigilata" e non si addentri in altri ambiti, definendo strumenti non esistenti e ambigui. Come avremo modo di dire in seguito la misura giudiziaria e gli interventi sanitari devono essere separati ("libertà vigilata" e "invio al DSM").

Far coincidere misure giudiziarie e cure non è possibile sul piano teorico in quanto la misura può essere imposta, mentre non può esservi cura e riabilitazione senza il coinvolgimento, la partecipazione attiva e responsabile della persona. E seppure di fronte a questa evidenza si volesse procedere in senso impositivo di entrambe, misura giudiziaria e cura, oltre a non trovare d'accordo questo Coordinamento, è necessario avere piena consapevolezza che tale scelta richiederebbe un cambio culturale e organizzativo molto profondo del sistema di salute mentale in una direzione affatto opposta alla legge 833/78 e alle culture che l'hanno ispirata. In altre parole provvedimenti che impongano le cure insieme alla misura giudiziaria, non sono attuabili nel contesto operativo dei servizi per la salute mentale italiani nei quali il mandato custodiale è del tutto inapplicabile. Di questo punto la giustizia (anche quando giudica l'operato dello psichiatra) deve prendere atto evitando di prevedere un impossibile posizione di garanzia di controllo.

E' necessario prendere atto che vi sono letture e metodi molti diversi fra giustizia, istituzioni penitenziari e psichiatria. Questo richiamo alla coerenza degli ambiti è essenziale per evitare confusive commistioni e la proposizione di modelli quali di "giustizia terapeutica" che hanno come riferimenti altri contesti normativi, sanitari e sociali.⁴

⁴ In Gran Bretagna si assiste da anni ad un netto processo di "convergenza" tra salute mentale e giustizia penale, con una confusione della linea di separazione tra ospedale e prigione: ad esempio i trattamenti obbligatori nella comunità, la collocazione immediata in luoghi di sicurezza (con gli articoli delle Section 135 e 136 del MH Act) fino a 72 ore, gli interventi e i servizi dedicati al comportamento antisociale e al "severe and dangerous personality disorder". Tra le maggiori implicazioni, rappresentate nello stesso dibattito di quel paese, sono la costruzione di nuovi e peggiori ospedali-prigione (come testimoniato dalla crescita dei servizi a media sicurezza); di creare un doppio etichettamento

In ambito sanitario la normativa e il mandato prevalente deve essere quello di cura. Non ha alcun senso affidare queste persone alla sanità poi limitare, comprimere (fino ad annullarlo) il mandato di cura.

Imputabilità della persona con disturbo mentale

Il Coordinamento si esprime relativamente all'imputabilità e ribadisce la propria posizione a favore dell'abolizione degli artt. 88 e 89 e il superamento del c.d. "doppio binario". Ogni riforma che riservi la non imputabilità solo ad alcune diagnosi (psicosi ecc.) e con un certo livello di gravità come negli orientamenti della psichiatria forense classica è stata forzata dalle sentenze Raso (2005) e da orientamenti che tendono ad allargare la non imputabilità anche in relazioni a dati derivanti dalle neuroscienze ai quali la giustizia pare particolarmente attenta.

Quindi si avrebbe una soluzione che non solo lascerebbe intatto il c.d. "doppio binario", ma aumenterebbe il rischio di una riattivazione dell'equivalenza disturbo mentale grave=incapacità=pericolosità. Ciò non faciliterebbe l'assunzione di responsabilità della persona e l'accoglienza nella comunità in cui dovrà comunque rientrare, e accentuerebbe le preoccupazioni difensive degli operatori. Per altro anche sotto il profilo tecnico-scientifico le classificazioni di tipo categoriale sono in crisi, mentre la valutazione deve essere complessiva, dimensionale e dinamica. Vi sono altresì cambiamenti importanti nella nosografia (come ad esempio nella proposta di cambiare denominazione alla schizofrenia) e orientamenti che tendono a considerare come gravi compromissioni dell'esame di realtà e quindi "psicotici" determinati vissuti in altre condizioni patologiche (come ad esempio le ludopatie ecc.). Quindi ciò che si vuole evitare ope legis potrebbe essere aggirato da diverse concezioni emergenti in ambito tecnico-scientifico.

Di fatto sappiamo che, al di là di discutibili estrapolazioni di dati parziali e non definitivi della ricerca, nessun supporto solido viene dalle scienze umane o naturali rispetto alla prevedibilità dei comportamenti-reato, e allo stesso concetto di "incapacità di intendere" il significato dei fatti e dei propri gesti, e "di volere": né dalle scienze cognitive, né dalla neuropsicologia, né dalla filosofia, né dalla psicoanalisi per quanto riguarda i concetti di intenzionalità e di senso, tutti studiati e applicati alla normalità e alla ragione e mai all'anti-norma. La questione dell'imputabilità del soggetto sofferente autore di reato va posta non rispetto al senso soggettivo né alla sua ricezione sociale, da parte della "norma", ma nel valore attribuito al soggetto agente in sé: soggetto che è o che non è tale.⁵

Parimenti, la pericolosità non è accertabile, non ha alcuna base scientifica, come gli autori della psichiatria forense e della criminologia moderna hanno riconosciuto. Nessun nesso causale è stato mai identificato in letteratura tra disturbi psichiatrici e pericolosità (mentre viene riproposto in alternativa il concetto di rischio specie nei paesi anglosassoni). In una serie di passaggi mai esplicitati e chiariti, la qualifica "psichiatrica" viene di fatto aggiunta a quanto recita l'art 133 c.p. sulla pericolosità sociale.

di criminale e di malato mentale; di favorire culture punitive; di aumentare l'uso arbitrario della detenzione preventiva (cfr. Mezzina R. "La contaminazione tra psichiatria e giustizia in Gran Bretagna", Aut-Aut n. 370, giugno 2016).

⁵ Secondo Fornari, nel concetto di pericolosità "il patologismo deterministico di derivazione lombrosiana" viene riconfermato (F. Fornari, *Psicopatologia e psichiatria forense*, p. 171). L'autore afferma che è "impossibile dare un contenuto scientifico alla risposta al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica" (ivi, p. 173), per il cui accertamento viene indicato un mix di indicatori sia interni che - soprattutto - esterni alla clinica (ivi, p. 175-6).

Invitiamo pertanto ad una attenta considerazione della problematicità di questi assunti e delle loro conseguenze a volte paradossali. Abbiamo infatti riscontrato nella pratica delle REMS come la pericolosità attribuita ad un soggetto, se legata ad una patologia cronica, o ad un disturbo di personalità, viene inserita in un circolo vizioso da cui non si esce facilmente: viene definito un limite temporale per la sua rivalutazione, cui è legata la misura di sicurezza detentiva, come se si trattasse di una “condanna senza oggetto”; e quando viene riscontrata una “pericolosità sociale attenuata” (nuova categoria costruita pure senza base scientifica), può essere disposto il passaggio da misura di sicurezza detentiva a misura non detentiva. Si tratta dunque di una visione che riproduce una sorta di pena, commisurata e modulata in relazione ad un giudizio in partenza arbitrario.

A conferma di ciò, sottolineiamo che la misura di sicurezza in REMS viene riportata nel casellario giudiziario, come una condanna, come ci ha comunicato una persona giovane uscita da questa esperienza che tentava di riprendere la sua attività lavorativa, ma lamentando la grave discriminazione che tale menzione gli procurava.

La capacità legale

Riteniamo allora indispensabile allargare i riferimenti normativi a quanto si sta verificando a livello del diritto internazionale nel campo della salute.

La *vision* dell’OMS per la salute mentale globale è “valorizzare, promuovere e proteggere la salute mentale dei cittadini e delle comunità, facendo in modo che i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da tali disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi qualitativamente e culturalmente appropriati che promuovano la ripresa, possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, libere da stigmatizzazione e discriminazione” (dal Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013-2020, trad. CC OMS Trieste)

La Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità del 2006, ratificata dall’Italia nel 2009, ha lo scopo dichiarato di “promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità, ivi comprese coloro che presentano durature menomazioni mentali, che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.”

Vanno garantiti con particolare evidenza, nel campo della salute mentale: uguale riconoscimento dinanzi alla legge; libertà e sicurezza della persona; diritto di non essere sottoposto a tortura, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti; diritto di non essere sottoposto a sfruttamento, violenza e maltrattamenti; protezione dell’integrità della persona; libertà di movimento e cittadinanza; vita indipendente ed inclusione nella società; salute; abilitazione e riabilitazione; lavoro e occupazione; adeguati livelli di vita e protezione sociale; partecipazione alla vita politica e pubblica; partecipazione alla vita culturale e ricreativa, agli svaghi ed allo sport.

L’ Articolo 12 della Convenzione stabilisce in particolare un “Uguale riconoscimento dinanzi alla legge”.⁶

⁶ “(a) Gli Stati Parti riaffermano che le persone con disabilità hanno il diritto al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica. (b) Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità godono della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri in tutti gli aspetti della vita. (c) Gli Stati Parti adottano misure adeguate per consentire

Ciò implica di conseguenza il diritto a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati, come peraltro previsto dal DPCM 2008 sulla sanità penitenziaria, attraverso l'attività diretta delle equipe dei DSM presso gli istituti di prevenzione e pena.

Una nuova visione, peraltro radicata già nell'esperienza di molti servizi che hanno fatto proprio l'assunto principale della riforma del 1978, ossia che il cittadino con disturbo mentale debba ricevere cure nel complesso dei diritti esigibili, sottolinea che non vi debbano essere percorsi / statuti / istituti speciali per i rei che presentano disturbi psichiatrici; i quali devono essere considerati responsabili e, come tali, hanno diritto al processo, sia pure all'interno di adattamenti ragionevoli del percorso di pena.

Questa visione è confortata dai recenti sviluppi dell'applicazione della stessa CRPD alla salute mentale. In particolare, il Committee on the Rights of Persons with Disabilities⁷ ha stabilito i seguenti punti:

- no a servizi speciali di tipo forense;
- non diversione dalla giustizia (dalla pena) alla psichiatria (alla terapia);
- diritto alla difesa;
- esclusione di trattamenti forzato e coercitivi;
- non adozione di alcuna forma di assunzione di decisioni che sia sostitutiva del soggetto, ma solo di sostegno ad esso.

A sostegno di ciò si distingue la *mental capacity* dalla *legal capacity*, e nel programma dell'OMS "QualityRights" si afferma: "mental capacity can fluctuate, but legal capacity never fluctuates".

Pertanto i servizi di salute mentale (DSM) devono essere rafforzati e responsabilizzati rispetto ai percorsi di cura anche nella pena, sia in condizioni di normale detenzione sia attraverso alternative.

La responsabilizzazione resta dunque un principio cardine che coinvolge in prima istanza il soggetto giuridico (il reo), ma anche le agenzie sanitarie (i servizi). La tutela della salute mentale in esecuzione pena,

l'accesso da parte delle persone con disabilità al sostegno di cui dovessero necessitare per esercitare la propria capacità giuridica. (d) Gli Stati Parti assicurano che tutte le misure relative all'esercizio della capacità giuridica forniscano adeguate ed efficaci garanzie per prevenire abusi in conformità alle norme internazionali sui diritti umani. Tali garanzie devono assicurare che le misure relative all'esercizio della capacità giuridica rispettino i diritti, la volontà e le preferenze della persona, che siano scevre da ogni conflitto di interesse e da ogni influenza indebita, che siano proporzionate e adatte alle condizioni della persona, che siano applicate per il più breve tempo possibile e siano soggette a periodica revisione da parte di una autorità competente, indipendente ed imparziale o di un organo giudiziario. Queste garanzie devono essere proporzionate al grado in cui le suddette misure incidono sui diritti e sugli interessi delle persone. (e) Sulla base di quanto disposto nel presente articolo, gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate ed efficaci per garantire l'uguale diritto delle persone con disabilità alla proprietà o ad ereditarla, al controllo dei propri affari finanziari e ad avere pari accesso a prestiti bancari, mutui e altre forme di credito finanziario, e assicurano che le persone con disabilità non vengano arbitrariamente private della loro proprietà. comportino anche la modulazione della pena)."

⁷ Cfr. "Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the right to liberty and security of persons with disabilities", adottato nella 14^a sessione, settembre 2015,

all'interno di un "diritto alla pena", viene garantita dall'entrata in carcere degli operatori dei DSM, seguendo la logica che "anche il carcere è territorio", e che si deve affiancare allo sviluppo delle c.d. sezioni psichiatriche nelle carceri che, se presenti da sole, possono costituire un ulteriore rischio di reclusione separata e di diversione interna al sistema carcerario; o le REMS, viste come possibile diversione all'esterno del sistema carcerario.

Salute mentale di comunità e Istituti di pena

A tutti è nota la situazione negli istituti di pena e va chiarito bene come (ri)configurare le Articolazioni per la salute mentale o Reparti/residenze(?) a sola gestione sanitaria. Questi devono avere caratteristiche organizzative precise che abbiano senso e siano diverse dal carcere (superamento delle celle ecc.) e che non introducano peraltro nelle carceri misure di contenzione tipiche della peggiore psichiatria. Devono avere attività interne, percorsi collegati con l'esterno e la possibilità di attivare misure alternative alla detenzione e quindi di pensare gli interventi in senso comunitario ma anche con necessari pre-requisiti (regionalizzazione, diritti di cittadinanza ecc.) per rendere possibile ed efficace l'intervento del sistema di welfare sociale e sanitario.

Potrebbero essere valutate anche sperimentazioni in ambito territoriale e con un apporto della polizia penitenziaria. Un tema che va approfondito in sede tecnica, con il coinvolgimento delle Regione e dei sanitari che operano negli Istituti di pena nella consapevolezza che ogni eventuale modifica su una parte finisce per avere ricadute sull'insieme dell'organizzazione.

Esiste peraltro in molte parti del nostro paese, già da prima del D.P.C.M. 2008, una consolidata attività di visita e di intervento dei servizi di salute mentale (CSM) in carcere, tramite apposite convenzioni, con l'obiettivo principale di garantire la continuità delle cure per persone già note, ma anche di intervenire precocemente a favore di persone che si ammalano in carcere. Gli esiti principali sono stati la riduzione dell'invio in OPG, il supporto dato alla persona nel percorso penale e ai suoi aspetti trattamentali e di rieducazione, l'attivazione di misure alternative all'interno delle quali praticare la cura e la re-inclusione sociale, il supporto effettivo alla garanzia di una salute possibile negli istituti penitenziari.

Queste pratiche non vanno negate e dimenticate, ma sostenute e riconosciute per il loro valore, che si ricollega alla *mission* dei DSM relativa alla responsabilità sulle persone e sui territori e le comunità di loro competenza, senza indulgere a tentazioni di attivare percorsi speciali e collocazione in luoghi anch'essi speciali.

Le REMS

Occorre di conseguenza una visione unitaria del soggetto autore di reato affetto da disturbo mentale sia per dare continuità ai percorsi di cura che le Aziende sanitarie assicurano negli istituti di pena, ma anche per affrontare le situazioni più difficili per le REMS, nei confronti di soggetti per i quali le esigenze custodiali sono elevate. Questo aspetto, per quanto complesso, pare essere più alla portata rispetto che sviluppare REMS a diverso livello di protezione, con riferimento al modello inglese (in Inghilterra i posti sono ormai circa 6500, quadruplicati in 30 anni) o soluzioni di tipo olandese (dove è chiaramente prevalente il mandato di sicurezza).

Siamo consapevoli di avere diversi modelli di REMS: da quelle del Friuli-Venezia Giulia, con 2 posti e inserite in sedi "normali" del DSM, a molte altre di 10-20 posti fino alle REMS "modulari" derivate dall'ex OPG di Castiglione delle Stiviere. Una varietà di modelli e di percorsi, espressioni di differenze regionali, sia per

quanto attiene ai DSM sia per le risorse disponibili. Tali differenze sono connesse al fatto che si tratta di servizi di comunità e quindi inevitabilmente connesse ai territori. Ciò può costituire un punto di forza, specie se alimenta le buone pratiche e promuove il coinvolgimento dei contesti sociali, sensibilizza, rompe l'isolamento e lo stigma. Questo al di fuori di logiche di separatezza e norme (come il regolamento penitenziario) inattuabili.

Dobbiamo dimostrare che insieme siamo capaci di pensare ad un nuovo, originale sistema senza riproporre un metodi che preveda una centralità della posizione giudiziaria ed una ancillare della sanità.

La residualità delle REMS si attua non tanto indicando le condizioni giuridiche che ne permettano l'utilizzo (facendo così venire meno la residualità) quanto definendo le condizioni che non ne permettano l'utilizzo sviluppando al contempo programmi di cura alternativi, adeguati alle condizioni cliniche e ai bisogni della persona. Sono questi programmi, nella loro adeguatezza e nella loro prospettiva evolutiva, e non tanto il reato e le esigenze di custodia ad esso connesse, a dover indicare quale sia l'ambito sanitario più idoneo.

Pur con queste precisazione, la REMS va tenuta presente come possibilità residuale, a termine per soggetti con misure di tipo definitivo ma senza esplicitazioni circa la gravità del reato se non in termini negativi (ciò non è possibile collocare in REMS). Come si configura la REMS dopo la chiusura degli OPG richiede anche una profonda revisione delle prassi operative, non essendo le REMS i sostituti degli OPG.

L'OPG era un "ospedale" mentre la REMS è una "struttura residenziale" sanitaria. L'ospedale ha una sua dimensione e articolazione interna che ne determina una buona autosufficienza. La REMS, come tutte le residenze, è strutturalmente non autosufficiente, è cioè all'interno di un percorso di rete che la vede interagire costantemente con il mondo esterno, sia esso sanitario, sociale, culturale ecc. Per il suo stesso funzionamento ha confini permeabili, limiti flessibili e costantemente ha bisogno di relazioni e non può operare come un sistema chiuso. Pensarlo o peggio obbligarla in questo senso fa correre il rischio grave dell'implosione o dell'esplosione, e per di più rende non terapeutica l'esperienza delle persone ad essa affidate.

Alla luce di questo ogni normativa che comprima in ambito improprio, custodialistico o di separazione, la REMS ne compromette la capacità terapeutica e al contempo mina alla base la sua sicurezza.

In altre parole ricrea le condizioni non terapeutiche, iatrogene e inabilitanti delle istituzioni totali, ma per la REMS, non essendo un istituzione forte, i pericoli sono ancora maggiori. Ecco perché la natura della REMS come residenza sanitaria va fortemente tutelata a partire dalla modalità e qualità degli accessi (per altro l'esperienza dei primi 2 anni e mezzo evidenzia molti casi inappropriati inviati senza documentazione sanitaria). Quindi operare secondo i principi della ripresa / recovery, come affermato nei requisiti di legge, richiede precondizioni essenziali a sostegno dei diritti.

La misura di sicurezza della libertà vigilata

L'attività sanitaria non parte dal reato ma dalla storia della persona, e nel realizzarsi nel presente tende a proiettarsi nel futuro. Tale logica che non ha come riferimento la pena o la misura. La normativa in essere, per quanto attiene le misure amministrative di sicurezza, di fatto mira alla creazione di un sistema di cura e di misure giudiziarie incentrati sulla comunità.

Se il principio territoriale viene recepito, la sua traduzione è ancora molto legata ad aspetti formali, per cui va chiarito quale sia il contenuto della libertà vigilata in riferimento alla prevenzione delle recidive e quali siano le componenti della cura.

Una mera sovrapposizione delle due componenti, o la delega alla sanità di ogni aspetto, crea una condizione confusiva e rischia di introdurre per via giudiziaria una forma spuria (non garantita ecc.) di Trattamento Sanitario Obbligatorio territoriale protratto, del tutto estraneo alla normativa, e per altro operativamente inattuabile, peraltro con un elevato pericolo di lesione dei diritti nella misura in cui una violazione del percorso di cura possa poi essere “sanzionato” con la privazione delle libertà e il ricovero in REMS.

In un sistema di comunità, inevitabilmente negoziale e pattizio, in senso lato (contratto terapeutico, alleanza con l’utente e i portatori d’interesse, negoziazione delle soluzioni, coinvolgimento della comunità, contratto sociale) il mandato di cura da esercitarsi secondo le migliori conoscenze tecnico-scientifiche e etiche, deve prevalere. Diversamente se si vuole una prevalenza delle misure giudiziarie/custodiali si ritorna al sistema penitenziario e questo non può essere attuato con l'attuale modello sanitario, e in tal senso nemmeno le REMS "più penitenziarie" possono più essere considerate adeguate. Se la domanda è custodiale il modello va totalmente ripensato, ma il Coordinamento non auspica di certo un tanto perché ribadisce che ci si debba muovere in linea, come si è detto, coi principi della riforma del 1978.

Alla magistratura la psichiatria non chiede deleghe in bianco ma una collaborazione attiva, di ascolto e di definizione per quanto di competenza, e tenuto conto di una relazione altrettanto attiva con la persona e chi la difende, dei contenuti della misura volti alla prevenzione dei reati, non pensando che questi siano in toto delegabili agli psichiatri in quanto connessi alla sola cura del disturbo. La pericolosità sociale è una dimensione multi-determinata connessa a fattori individuali e sociali di rischio e di protezione e non riducibile ad una condizione categoriale (tutto o nulla) relativa alle caratteristiche della persona e alla fine dipendente dalle misure di cura/controllo del disturbo mentale.

Occorre superare i concetti di “assegnazione” in favore di percorsi di presa in cura presso i DSM che le misure di sicurezza possono/debbono facilitare ma non “imporre coattivamente” (mettendo in difficoltà lo psichiatra, che ne viene condizionato quanto e più del paziente. E’ evidente che quindi occorre sviluppare un nuovo sistema negoziale-pattizio sia per quanto attiene la misura giudiziaria sia per quanto attiene gli interventi di cura.

Cancellare il termine internati

Come si è già detto le REMS non hanno sostituito gli OPG. Le REMS non hanno autosufficienza e forza interna e sono strutturalmente aperte e collegate all’esterno, e necessitano costantemente dell’integrazione funzionale con il mondo esterno, sia esso sanitario e sociale; per cui in esse, come dimostra la grande maggioranza delle esperienze fin qui fatte, non è assolutamente applicabile il regolamento penitenziario.

Quindi non si tratta di “internare” una persona nella REMS, non solo perché non è un contenitore chiuso, ma di darle la possibilità di co-costruire un percorso terapeutico riabilitativo che si articola con la comunità sociale di riferimento della REMS e della stessa persona ospite. Quindi un paziente in REMS è collocato in uno spazio-territorio aperto, connesso al mondo esterno e collegato con l’ambito di riferimento del paziente.

Non si realizza un internamento ma un “riposizionamento sociale” perché la persona possa essere curata, protagonista responsabile di nuove esperienze, abilitato come cittadino. Questo significa poter lavorare con tutti gli strumenti della moderna pratica psichiatrica di comunità, senza contenzioni, coercizioni, in un quadro di consenso e inclusione. Questa non è l’esito del programma di cura e giudiziario, ma è condizione pregiudiziale al suo esito positivo sia clinico che giudiziario, coesistente all’impianto della cura e alla restituzione dei diritti all’interno della quale essa deve accadere (e ciò anche mediante risorse dedicate, come budget “di salute” collegati a progetti personalizzati che coinvolgono i servizi di welfare e il terzo settore). L’orientamento alla ripresa/recovery e il progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) del singolo paziente sono consustanziali al progetto della REMS e quindi non devono essere costantemente rinegoziati e autorizzati, ma aggiornato in un costante dialogo e monitoraggio con l’autorità giudiziaria. Valorizzare il PTRI significa dargli respiro, prospettive e ambiti ampi di autonomia nei percorsi che sono sempre di integrazione interno-esterno (e mai “intramurali”).

In altre parole non vi può essere una parte del sistema che “interna” ed un’altra che (contro il mondo) sana e “libera” secondo un modello comportamentale (premio-punizione). Questo impianto, forse adatto ad altri contesti, non può essere quello delle REMS e dei DSM. La lettura psichiatrica più attenta prevede modelli molto più complessi che mirano a comprendere la persona, il suo mondo interno, a motivarla al cambiamento, mediante assunzioni di responsabilità. Mira all’abilitazione e all’attribuzione di ruolo e quindi deve essere aperta alla sperimentazione e alla prospettiva della libertà: libertà dal disturbo, libertà interiore, libertà di movimento nei percorsi REMS, libertà nella cura. In questo quadro i processi di cura, tutti ma proprio tutti, devono essere liberi e possibili e solo comunicati all’autorità giudiziaria che interverrà solo se ravviserà bisogni di piantonamento o di sicurezza ma senza mai compromettere per questo il diritto alla salute.

L’essere nel progetto REMS è quindi un percorso di accompagnamento sanitario, sociale e giudiziario volto a contrastare ogni forma di abbandono e discriminazione. L’essere nel progetto REMS significa essere nella comunità e quindi non ha alcun senso che si parli di autorizzare contatti con familiari e contesto sociale. Il DSM e la REMS debbono avere libertà di curare secondo i migliori principi tecnico scientifici e nell’approccio biopsicosociale, oggi affermato da tutte le organizzazioni internazionali, e dall’OMS stesso, poter operare in ogni ambito secondo principi ormai universalmente accettati dalla comunità scientifica.⁸

Un linguaggio nuovo: non più “internati” ma “persone con/affette da” può essere la base per nuovi modi di pensare la cura fondati su diritti, libertà, possibilità di cambiamento e di emancipazione nel pieno riconoscimento delle persone come cittadini con disturbo mentale e disabilità psicosociali.

Abolire l’art. 148 O.P.

In questo quadro, per quanto attiene all’abolizione dell’art 148 e la modifica dell’art 147 del c.p. il Coordinamento esprime parere favorevole e, al contempo evidenzia la necessità di definire le misure alternative, valutandone l’impatto sui DSM in termini di dotazioni di risorse di personale e strutture. Sul

⁸ I principi trasversali che il Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013-2020 dell’OMS afferma sono: accesso e copertura sanitaria universale, aderenza ai diritti umani, interventi basati su evidenze scientifiche, approccio orientato a tutte le fasi della vita, approccio multisettoriale (sanità, istruzione, lavoro, giustizia, abitazione, assistenza sociale), empowerment delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali.

piano tecnico, ritiene debbano essere esplicitati e condivisi gli strumenti o modalità per la definizione della gravità della condizione della persona. A tal fine esprime fin da ora la propria disponibilità a collaborare.

Rendere coerenti Codice Penale e Codice di Procedura Penale

Il codice penale prevede ancora la misura di sicurezza del “ricovero in OPG o in casa di cura e custodia” e quindi vi è l’auspicio che possa determinarsi una coerenza di tutti i codici nell’abolizione di tale dettato. Per questo il Coordinamento esprime la propria disponibilità per entrare nei dettagli tecnici. In questa sede riteniamo che, in riferimento alle misure amministrative di sicurezza, vada rivisto l’art. 203 e abolito l’art. 222 del ricovero in OPG. Per la definizione delle misure si sottolinea la necessità di tenere distinte misure privative o limitative della libertà e interventi di cura secondo il seguente esempio: “libertà vigilata e invio ai servizi sociali e sanitari” del territorio di residenza.

Per quanto attiene alle misure di sicurezza provvisorie, auspicandone l’abolizione, la loro effettuazione deve avvenire secondo quanto previsto la legge 81/2014 e quindi in ambiti diversi dalla REMS secondo le indicazioni dei DSM e abitualmente non in carcere. Giova qui ricordare l’impiego in alternativa dell’art. 286 (Custodia cautelare in luogo di cura) del c.p.p. per i servizi di diagnosi e cura e comunque estensibile a Centri di Salute Mentale (CSM) con posti letto o a strutture residenziali sanitarie ove si operino trattamenti terapeutico riabilitativi intensivi (come da documento della Conferenza Stato Regioni sulla residenzialità psichiatrica). Anche per le misure provvisorie può essere utile la norma negativa (non possono essere disposte misure detentive o l’invio in REMS per...).

Per quanto attiene alle liste di attesa, sarebbe molto utile una norma che preveda una procedura di revoca (automatica, a domanda della persona, dei sanitari), della misura di sicurezza detentiva qualora il soggetto sia utilmente collocato e curato secondo quanto previsto dalla legge 81/2014.

Del tutto condivisibile è la proposta di non consentire l’applicazione della misura di sicurezza dopo l’espiazione della pena ridotta per i soggetti di cui all’ art. 89 c.p.

Occorrono risorse e capacità di dare corso a sperimentazioni (ad es. l’applicazione di misure alternative, l’Art. 211 bis del c.p.) e innovazioni anche nei percorsi tra DSM e articolazioni per la salute mentale negli istituti di pena come già sostenuto.

Una visione preventiva e di concertazione

Un impegno particolare va posto alla prevenzione all’adozione delle misure di sicurezza in particolare di tipo detentivo. Per questo le Regioni e PP.AA. devono essere tempestivamente attivate e per tramite dei DSM e dei servizi sociali le persone vanno aiutate e prese in cura fin da subito. I DSM devono essere coinvolti il più precocemente possibile, prima che vengano adottate le misure giudiziarie, attraverso una fattiva interlocuzione e integrazione fra magistratura e psichiatria, anche allo scopo di reperire programmi e soluzioni alternative alle REMS. Si segnalano in questo senso alcune esperienze regionali virtuose come in Friuli Venezia Giulia e in Liguria, dove sono stati siglati Accordi Protocollo tra Magistratura e SSR (DSM) sotto l’egida della Regione.

Questa può essere la base per la risoluzione della questione della “lista di attesa” del posto in REMS quando spesso si tratta di persone già seguite e ben curate in altri contesti. Queste situazioni, secondo la legge 81/2014 non richiedono il ricovero in REMS e quindi, come si è già detto, dovrebbero essere tolte da ogni lista di attesa.

Un approfondimento operativo (con Ministero degli Interni, Prefetture, Enti locali) merita il tema dei migranti e dei senza fissa dimora. Il ricovero in REMS deve avvenire secondo in programma terapeutici riabilitativo e va preparato con la persona e i suoi curanti che deve essere accolta nel modo più appropriato, motivata, accompagnata.

Diritti da affermare

Oltre all'abolizione del termine internato, e con esso di tutte le prassi che portino a discriminare e a stigmatizzare (vedi anche il termine minorato) le persone, vanno previsti cambiamenti nel regime delle immatricolazioni, e l'abolizione della menzione delle misure di sicurezza nel Casellario giudiziario.

Il ricovero in REMS va prevenuto. In attuazione della legge 81/2014 occorre che nei provvedimenti venga data evidenza che misure di tipo non detentivo non siano applicabili.

Un approfondimento merita la questione dei regolamenti delle singole REMS che restano in larga parte connessi alle condizioni di tipo territoriale, ma in esse valgono Carte dei servizi delle Aziende Sanitarie e tutta la normativa sanitaria ecc. che per altro è attiva anche nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

E' una questione assai delicata definire normative speciali sotto forma di "Regolamenti" unificati per le REMS, che andrebbero se il caso limitate ad alcuni riferimenti generali di diritto positivo che non vadano a normare la quotidianità, in quanto è importante sostenere i processi di normalizzazione e inclusione sociale piuttosto che rimarcare la questione della loro limitazione. D'altronde riteniamo che il nuovo Accordo Stato Regioni col DAP, in fase di ultimazione, possa contenere, come il precedente, sufficienti indicazioni su ciò che "non va fatto" o "non si può fare".

Il dibattito sul nuovo Accordo Stato Regioni con il DAP in attuazione della L. 81 ha registrato una notevole convergenza derivante da pratiche condivise che si vanno ormai consolidando e che vedono nel Coordinamento Nazionale delle REMS la loro naturale espressione. I punti principali sostenuti dal Coordinamento nel suo documento programmatico sono stati accolti nell'audizione che si è svolta presso il Ministero della Giustizia a Roma il 24 ottobre 2017.

In particolare sono state ribadite nella bozza che è stata poi presentata molti dei punti qui affrontati:

- La necessità di porre fine de facto dell'applicazione del regolamento carcerario nelle REMS, con il conseguente abbandono dello statuto di "internato"
- L'esclusione dei sanitari da qualsiasi atto o pratica che non siano di rilevanza sanitaria e terapeutico-assistenziale
- La chiarezza sulla funzione terapeutica delle REMS
- Un'impostazione fondata su percorsi, il che implica una visione della REMS stessa non come luogo, ma come insieme di servizi
- L'enfasi sulla dimensione territoriale e comunitaria in questi percorsi e nelle stesse REMS
- La centralità del PTRI, in cui la globalità del piano di cura comprende le opportunità disponibili attraverso uscite sul territorio e le pratiche di inclusione sociale e di abilitazione "in vivo" (non basate su singoli permessi)

- L'esigenza di ribadire i diritti: istituire un effettivo riferimento alla figura del garante delle persone private della libertà
- La facilitazione del cruscotto operativo regionale interistituzionale (anche se non tutte le regioni si sentono pronte a ciò)
- L'istituzione di un sistema di accesso che vede la REMS come soluzione residuale e che prevede sia la prevenzione alla misura di sicurezza detentiva che le alternative alla stessa
- L'abolizione della precisazione su livelli di sicurezza differenziati, che potrebbe aprire ad un sistema graduato di "gironi".

Resta comunque un campo aperto, per affrontare il quale è necessario rispettare il metodo del confronto con gli operatori, gli utenti (che vanno ascoltati, coinvolti e responsabilizzati) anche in queste scelte. Quindi non pare opportuna un'azione normativa dall'alto ma un processo dal basso, partecipato e dinamico al quale chiediamo alla magistratura di fare parte, a partire ancora una volta dalle migliori pratiche disponibili.

Il cambiamento in atto è così profondo e delicato da richiedere un'azione congiunta con la comunità, una forte sensibilizzazione ed un'azione di promozione e tutela dei diritti e della qualità della convivenza in un rinnovato patto sociale.

Infine sono essenziali tavoli di confronto, cruscotti regionali costituiti da operatori del diritto e della salute e un'azione formativa congiunta, per altro auspicata anche dal Consiglio superiore della magistratura.

Vista la rilevanza del lavoro svolto dalle REMS e dai DSM, il Coordinamento chiede di essere stabilmente coinvolto e di avere un ruolo di protagonista. Nello specifico ritiene sia doverosa almeno la sua audizione in tutte le sedi istituzionali ove sono in atto revisioni normative relative a imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza in applicazione della Legge 23 giugno 2017, n. 103 e della legge 81/2014 e dà piena disponibilità a partecipare ad ogni iniziativa di studio e approfondimento secondo quanto esplicitato nel Programma del Coordinamento nazionale delle REMS.

I coordinatori presenti all'audizione:

Roberto Mezzina, Direttore DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste – Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale

Pietro Pellegrini, Direttore DSM-DP dell' Azienda USL di Parma⁹

⁹ Per comunicazioni: Raffaele Barone: raffaelebarone@virgilio.it;

Roberto Mezzina: roberto.mezzina@asuits.sanita.fvg.it; dsm@asuits.sanita.fvg.it;

Pietro Pellegrini: ppellegrini@ausl.pr.it 335 6958847