

Quale futuro per una “rivoluzione gentile”?

Pietro Pellegrini – Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Una “rivoluzione gentile” è la fausta espressione coniata da Franco Corleone¹ per indicare il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) avvenuto in attuazione delle leggi 9/2012 e 81/2014 che ha rappresentato il completamento di un percorso iniziato negli anni 60 del novecento ed ha visto un momento fondamentale nell’approvazione della legge 180 del 1978 la quale ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP).

Il rapporto tra criminalità e pazienti psichiatrici autori di reato è antico. Infatti, 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 si struttura un luogo di cura loro dedicato, il manicomio poi ospedale psichiatrico. 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, 6 in tutto il Paese.

Questi ultimi non erano stati modificati dalla 180 e lo stesso Basaglia² 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”.

Non riepilogo tutti i passaggi da allora e mi limito a ricordare che nonostante le difficoltà, si è avviato un lungo percorso (leggi 354/1975, 663/1986, DI 23/07/1999; DPCM 1 aprile 2008, legge 9/2012, le sentenze della Corte costituzionale 139/1982, 253/2003, 367/2004) fino alle legge 81/2014³ che ha portato ad una psichiatria senza OPG. Sembrava impossibile e invece siamo riusciti. Dopo due proroghe, la previsione di legge di chiusura al 31 marzo 2015, in circa due anni ha trovato piena attuazione operativa.

A che punto siamo nell’assicurare, secondo quanto previsto dalla Costituzione, il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona? Quali altre azioni sono necessarie in ambito normativo, organizzativo e delle pratiche per attuare una riforma organica?

Questa, non va mai dimenticato, richiede un welfare pubblico universalistico fondato sulla Costituzione e su una società orientata al recupero, all’inclusione e non all’esclusione-abbandono o discriminazione delle diversità. Un patto sociale nel quale la priorità è conferita alla cura della persona e alla sua salute pur nel

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

² Basaglia F. Conferenze brasiliane, 21 giugno 1979, pag 62. Raffaello Cortina Ed.

³ Per approfondimenti Pellegrini P. “Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari” Franco Angeli, 2015; Pellegrini P. “Liberarsi dalla necessità degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari” Alphabeta Verlag, Merano 2017

rispetto della tutela della sicurezza della comunità. Un accomodamento ragionevole di interessi richiamato anche dalla recente sentenza della Corte Costituzionale 99/2019.

I riferimenti per la chiusura degli OPG

La chiusura degli OPG, avvenuta per una mobilitazione della società civile e politica, con 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 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) fino ad allora, salvo particolari sensibilità, rimasti in larga misura, abbastanza indifferenti se non addirittura ostili, evitanti o deleganti rispetto al problema.

Come dicevo si è trattato di un lungo percorso ed un passaggio importante si è avuto con il citato DPCM 1 aprile 2008, grazie al quale l'assistenza sanitaria negli istituti di pena e negli OPG è diventata una competenza del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto da allora, il coinvolgimento dei DSM è stato crescente ed inevitabile.

Per la chiusura degli OPG è stata essenziale la collaborazione tra diverse istituzioni, magistratura, prefetture, forze dell'ordine, enti locali ed il lavoro di Stopopg ma la spinta decisiva è stata quella del sistema di welfare in particolare dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sui quali è ricaduto il maggiore carico tecnico, organizzativo, economico e in molti casi il peso psicologico e la responsabilità per l'attuazione della legge. Per questo un ruolo importante è stato svolto dal Commissario Franco Corleone che non solo ha operato rispetto alle Regioni inadempienti o in ritardo nel dare realizzazione alla legge ma ha costituito un significativo punto di riferimento nazionale.

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, il loro complessivo degrado e i gravissimi limiti presenti negli Istituti di Pena, in larga parte non in condizione di seguire questi pazienti.

Tuttavia non si è creato un ampio movimento professionale e molti operatori dei DSM hanno avanzato riserve e critiche rispetto al percorso intrapreso. Il timore della violenza, di dover fronteggiare la pericolosità, di riprendere una funzione custodiale e di controllo sociale, di essere invasi e sottomessi alla magistratura, di ricreare nel territorio dei miniOPG, in riferimento alla creazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). A questi timori si è aggiunta la questione della responsabilità professionale, di essere chiamati a rispondere, in base alla "posizione di garanzia" (art. 40 c.p. comma 2), per azioni commesse da pazienti in cura. Preoccupazioni fondate e purtroppo ancora attuali e che tuttavia non hanno portato a risposte oppostive o difensive. Sulla base di una persistente e persino rinnovata motivazione etico-professionale di molti operatori, comprese le giovani leve, la psichiatria italiana ha proceduto nella convinzione che gli OPG andassero chiusi con decisione senza avere, come era accaduto per gli OP, una loro prolungata sopravvivenza anche solo come "residuo". Infatti, all'inizio del 2015 risultavano in OPG 761 pazienti, e per raggiungere l'obiettivo di dimmetterli la creazione delle REMS è stata decisiva. Si è trattato di un processo non accompagnato da un attento monitoraggio nazionale per cui ad oggi mancano dati sistematici sui pazienti dimessi.

Come noto i punti chiave della legge sono la residualità della misura di sicurezza detentiva che non può superare la durata della pena edittale massima prevista per il reato commesso, la non rilevanza delle "condizioni di vita individuale, sociale e familiare del reo" (art 133, comma 2 punto 4) ai fini

dell'applicazione o mantenimento della misura di sicurezza, la regionalizzazione e la gestione sanitaria delle REMS i cui requisiti vengono fissati con Decreto 1 ottobre 2012. La legge di riforma, è giusto ricordarlo, prevede anche un finanziamento nazionale dedicato.

Nella pratica si sono affermati anche il numero chiuso nelle REMS, quindi la presenza della lista di attesa e pratiche non coercitive e orientate alle recovery. Il timore di una progressiva presenza della criminalità è stato sostanzialmente fugato e lo stesso che le REMS siano destinate in larga misura a pazienti nuovi, diversi e non conosciuti dai DSM. Infatti, l'esperienza dimostra che nelle REMS vi sono pazienti nel 70-80% dei casi sono stati conosciuti in precedenza dai DSM i quali hanno caratteristiche sovrapponibili a quelle degli altri assistiti, mentre come previsto da diversi esperti, i pazienti più difficili (circa il 10% del totale) sono risultati quelli con alto livello di psicopatia, antisocialità e concomitante uso di sostanze, i "non responder". Sul piano operativo, nelle REMS la compresenza di persone con misure di sicurezza provvisorie e definitive si è rivelato poco utile e talora chiaramente disfunzionale. La dinamica tra REMS e Centri di salute mentale, titolari dei Piani Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI), ha evidenziato diverse difficoltà, segno del persistere di vecchie logiche ma anche di limiti delle risorse (si pensi al budget per finanziare alternative alle REMS) nonché di carenze formative, strumentali e organizzative. Lo stesso si può dire per i rapporti con la magistratura sia di sorveglianza che di cognizione.

I mandati

La chiusura degli OPG ha evidenziato anche la presenza di una contraddizione interna alla psichiatria che da un lato sostiene una cura basata sulla libertà, il consenso, la responsabilità e la sicurezza (collegata anche a lavoro, abitazione e reddito, come richiesto dalle rappresentanze degli utenti) quindi sul pieno riconoscimento della persona con disturbi mentali come cittadino, portatore di diritti e doveri, e dall'altro, in molti contesti mette ancora in pratica azioni in un qualche modo coercitive, limitative della libertà e incentrate su luoghi chiusi, applicate a persone che rischiano di essere sì cittadini ma con diritti e doveri sostanzialmente diminuiti.

In questo quadro le REMS finiscono con il rappresentare il luogo reale e immaginario dove cura e custodia sono ibridate, dimenticando la natura conflittuale e incompatibile dei due termini che hanno riferimenti costituzionali, normativi, teorici e operativi del tutto diversi. Se la privazione o la limitazione della libertà può essere una dolorosa occasione per prendere consapevolezza, affrontare i propri problemi di salute e di comportamento, non è solo attraverso di essa che si possono effettuare i diversi interventi di cura. Questa deve avvenire sulla base di norme chiare, leggibili e comprensibili da parte della persona che invece nelle REMS viene a trovarsi spesso in un confusivo limbo, nel quale non comprende le ragioni delle misure di sicurezza, del proscioglimento, non ha scadenze e certezze.

Sotto il profilo clinico, la cura può avvenire solo nella volontarietà e con la partecipazione della persona, in tutti i quadri clinici 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. Senza chiarezza nelle relazioni, consenso e partecipazione della persona nessuna cura è possibile. Non solo ma la custodia può soffocare ogni prospettiva di cura efficace ed adeguata alle odierne conoscenze scientifiche ma può creare danni ulteriori, rendere ancora più aggressivi o addirittura combattivi certi soggetti. Si rischia di fare solo custodia e 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.

Il percorso di chiusura dell'OPG ha evidenziato le caratteristiche e le incompatibilità dei mandati di cura e controllo/custodia che devono fare capo a soggetti differenti.

L'eventuale privazione della libertà, la sua limitazione, l'applicazione di misure e prescrizioni alla persona sono di competenza dell'autorità giudiziaria. Essa si fonda sulla necessità di prevenire nuovi reati, di tutelare la comunità e di operare un recupero sociale chiedendo alla persona precisi comportamenti e il rispetto di determinate norme la cui violazione è nell'esclusiva sua responsabilità e non di chi lo ha in cura. Questo anche se la misura giudiziaria è applicata a persone con disturbi mentali. La cura di questi ultimi, compito della psichiatria, ha precisi requisiti, condizioni, rischi/benefici, luoghi dove deve realizzarsi e l'idoneità di questi saranno indicati alla magistratura dallo psichiatra. Se il sistema è affidato ai sanitari, il mandato di cura deve essere valorizzato e tutelato al massimo grado. La misura giudiziaria deve facilitare il percorso di cura, abilitazione e inclusione sociale e non ostacolarlo.

Luoghi sanitari e sociali da utilizzare secondo le esigenze della cura e non della giustizia, in relazione all'intensità, complessità e alla durata degli interventi. La psichiatria può solo curare. Il persistere di logiche vecchie vede richieste della magistratura di permanenze in luoghi di cura di soggetti che non ne hanno bisogno e che dal prolungamento della degenza possono ricavare danni iatrogeni, perdere abilità. Questo al contempo determina una ricaduta sociale in quanto non ne permette l'utilizzo di strutture psichiatriche da parte di altri cittadini che ne hanno bisogno. Il fatto che l'iter giudiziario sia in corso è dal punto di vista sanitario è del tutto secondario.

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. 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 di norma 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, per certi disturbi non esistono terapie farmacologiche (si pensi a forme di abuso/dipendenza) se non sintomatiche ed anche le psicoterapie e gli interventi psicosociali e comunitari presuppongono motivazioni e sono gravate da significativi tassi di ricaduta.

La cura presuppone la responsabilità e nella psichiatria vi sono movimenti per riconoscere l'imputabilità (abolendo l'art 88 del c.p.) tenendo conto del disturbo, della sua cura in fase di esecuzione della pena. Questo nella convinzione che il diritto al processo sia utile alla persona, alla comprensione della sua situazione e rilevando, invece, come sia dannoso un incomprensibile proscioglimento il quale apre scenari incerti e kafkiani, fondati sul rinvio e sull'attesa talora sine die. Tuttavia mentre una parte della psichiatria spinge per la responsabilizzazione un'altra parte, specie nella attività forense, vi è stata la tendenza ad allargare il concetto di infermità mentale, giungendo ad includere seppure a certe condizioni anche i disturbi della personalità. Come si vede un processo per nulla lineare, carico di differenze e contraddizioni tra magistratura e psichiatria e interni agli ambiti disciplinari.

I limiti della riforma

Se gli OPG sono stati chiusi mediante il sistema di salute mentale di comunità, parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico, non va dimenticato che si è trattato di una riforma incompleta. Sono infatti rimasti invariati 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 il codice penale è rimasto invariato dal 1930 in merito ad imputabilità e “pericolosità sociale”.

Non solo ma rimangono altre norme nei codici penale e di procedura penale (ad esempio l’applicazione delle misure di sicurezza detentive provvisorie) le quali fanno pensare che la giustizia abbia come riferimento la legge 36/1904 e quindi un sistema custodiale, piuttosto che i DSM come delineati dalla 180 e dalle norme applicative successive. Anche i tentativi di completare la riforma dell’ordinamento penitenziario, ad esempio mediante la legge 103/2017 (riforma Orlando) e relativi decreti, non hanno risolto i principali problemi e ancora non si è realizzato un sistema unitario.

In questo ultimo anno la riforma, come era già avvenuto dopo la 180, è finita nel silenzio e sostanzialmente nell’ombra. Non solo ma è comparsa una cultura della pena che in qualche ambito ha assunto aspetti di tipo “vendicativo”. Vi è un sostanziale abbandono dei professionisti della salute mentale e della giustizia i quali, nelle prassi, si trovano nella condizione di dover risolvere tra difficoltà e incertezze, senza OPG, i tanti problemi quotidiani.

Infine, tra i limiti della riforma vi è l’assenza dei Comuni, dei Sindaci, dei servizi sociali e delle comunità locali essenziali per l’accoglienza. Si è cioè lasciato in secondo piano la questione dei diritti sociali fondamentali per i percorsi di inclusione. In questo quadro, come vedremo, una luce di speranza viene dalla sentenza della Corte Costituzionale del 19 aprile 2019 n. 99.

Lo stato di applicazione della legge

La mancanza di dati nazionali derivati da fonti ufficiali è solo parzialmente vicariata dall’attività dell’Osservatorio sul superamento OPG e sulle Rems e dal Coordinamento nazionale Rems/DSM. Il quadro emerso da una specifica ricerca è illustrato in un successivo capitolo⁴.

Come previsto, la legge 81 si sta realizzando nella comunità. Infatti a giugno 2017, dai dati della Regione Emilia Romagna si ricava che a fronte di 24 ospiti nelle REMS vi erano 203 persone con misure giudiziarie nel territorio delle quali circa il 70%, in strutture residenziali. Un dato che fa presumere che a livello nazionale vi siano circa 6.000 persone con misure giudiziarie seguite dai DSM.

In questi anni, in diverse regioni, tra psichiatria e magistratura si sono sviluppate “buone pratiche”, come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura⁵, e sono stati realizzati protocolli⁶ nei quali vengono

⁴ Vedasi pag.

⁵ “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

richiamati e condivisi i punti chiave della riforma. Particolare rilevanza ha il numero chiuso delle REMS in quanto non è scritto in nessuna norma ed è a mio avviso 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 volto a preservare le condizioni essenziali della cura che il sovraffollamento comprometterebbe irrimediabilmente. A questo occorre aggiungere l’ampia diffusione (75% delle REMS) delle pratiche “no restraint”⁷. Infatti, la legge non può realizzarsi in un quadro di custodialistico o né di disinvestimento o abbandonico o in un contesto sociale di emarginazione. Il livello di turnover è buono (circa il 65%), i reingressi piuttosto bassi (3,2% degli ammessi). La possibilità di dimissione sono migliorabili ulteriormente se vengono riconosciuti i diritti, utilizzati strumenti come il budget di salute e sensibilizzati famiglie e contesti di riferimento.

Dai 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).

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 cautelare⁸ ed ha un forte impatto sulle REMS. Infatti, si tratta di persone che ancora non sono state ben diagnosticate, quindi possono essere imputabili per le quali vale la presunzione di innocenza. Una condizione che rende molto difficile il mandato di cura mentre è del tutto evidente come un mandato custodiale sia sostanzialmente 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 senza garanzie di tempi e di procedure, tanto maggiore se vi sono carenze della difesa spesso correlate con le condizioni di povertà ed emarginazione della persona. Nelle REMS si sta anche 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. Pur con questo limite se alle REMS fossero destinate solo le persone con misure di sicurezza definitive i posti necessari sarebbero meno di 400 rispetto ai 641 attuali (giugno 2019).

E’ evidente come 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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/>)

Vi è poi il tema delle persone in lista di attesa per l'ingresso in REMS. Tralasciando ogni valutazione sulla sua gestione che a mio parere dovrebbe essere sanitaria e non affidata al Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP), secondo il 13° Rapporto di Antigone sono "313 le misure di sicurezza richieste (..) di cui 218 provvisorie" (Belardetti, 2017)⁹ pari a circa il 72% del totale.

Infine, dopo la chiusura degli OPG resta aperto il tema del sistema organizzativo, dei percorsi e della qualità della cura della salute mentale negli Istituti di Pena. Questo rappresenta un punto chiave per la definizione di un sistema unitario.

La concezione della cura

In un ambito a gestione sanitaria ma con molteplici interazioni è essenziale esplicitare la concezione della cura. 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 viene fatto per prevenire i TSO e ridurre al minimo la loro durata, ricostruire il consenso.

Mentre la psichiatria sta operando per il "no restraint", l'abolizione delle contenzioni, le "porte aperte", la giustizia, 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 e confortevoli degli OPG o delle carceri ma pur sempre dei luoghi separati, dove la privazione della libertà tende ad essere se non il fine ma il primo obiettivo. 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 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" per i 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.

⁹ Belardetti A., "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-s-non-ce-posto>

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 nell'ambito di un destino comune.

Perché questo lavoro 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. Un percorso evolutivo che via via avvicina il vissuto del reato e apre alle tematiche della giustizia riparativa.

Va ricordato con forza che la chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità (e non le REMS) richiede una revisione del concetto di responsabilità tenendo conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Ai fini degli esiti positivi in medicina è indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

Verso nuovi concetti

La conoscenza e la collaborazione tra giustizia e psichiatria sono fondamentali per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare insieme idee e prassi innovative in grado di prevenire e rendere residuali le misure di sicurezza e favorire programmi di cura efficaci.

Sul piano organizzativo la REMS deve diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità. REMS "no restraint", luoghi aperti senza i muri e i sistemi custodiali ereditati dall'OPG, parte del territorio che alla logica del posto-letto, del "dove lo metto" 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)¹⁰.

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

¹⁰ Pellegrini P. (2017) Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari, Alfabeta Verlag, Merano

psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale mentre i dati scientifici indicano molta cautela (Breggin, 2018)¹¹ e una limitata efficacia sia a breve 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 tempi precisi prive comunicazioni dirette 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' lei che deve essere aiutata a comprendere e deve risponderne direttamente e non lo psichiatra.

In altre parole, la giustizia non può operare tramite la psichiatria, ma deve sviluppare una sua relazione, un "suo" patto diretto con la persona in rapporto 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, con opportuni adattamenti, si può applicare anche nella salute mentale prevedendo i necessari provvedimenti in caso di violazioni (questione che resta invece irrisolta nella REMS).

"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 biopsicosociale) 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

¹¹ Breggin P. (2018) La sospensione degli psicofarmaci, Fioriti Ed.

pericolosità non come dato obiettivo ma dinamico, dipendente dalla persona e dalle sue relazioni, comprese quelle di cura e giudiziarie.¹²

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 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 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. Carenze familiari, percorsi evolutivi traumatici o abbandonici che esitano in derive o tragedie esistenziali dalle quale trovare la capacità di distinguere il bene e dal male, il senso delle esperienze e la speranza di nuove relazioni che forse possono cambiare le persone.

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.

Al contempo se le esigenze giudiziarie sono tali da indicare la necessità di una misura detentiva dovrà essere adeguata l'assistenza sanitaria e psichiatrica negli istituti di pena. Questa parte della riforma, in particolare i decreti attuativi della legge 103/2017 (Commissione Pelissero) prevedeva servizi specialistici ed articolazioni tutela salute mentale a gestione sanitaria nonché una linea orientata a facilitare le misure alternative. Un punto caduto nell'ombra insieme alla questione della psichiatria in carcere, riemersa solo recentemente a fronte delle tensioni e delle aggressioni. Un tema che richiama la questione della pena, del suo significato e delle modalità di esecuzione. Una visione fortemente retributiva, contraria a misure alternative ("certezza della pena" e non del diritto), connotata da elementi vendicativi ("marciare in carcere") rischia di essere contrasto con la Costituzione e assai poco utile al fine della cura e del recupero

¹² Ceretti A. Natali L. (2009) *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Raffaello Cortina Ed. Milano

della persona e in ultima analisi anche per la stessa sicurezza sociale come evidenziano gli studi sulle recidive. Questo richiede anche un forte ripensamento degli interventi per le persone con uso di sostanze, dipendenze patologiche e disturbi della personalità o mentali.

Prospettive future

Chiusi gli OPG si può realizzare un sistema unitario e coerente con la legge 180? Quale impatto per i DSM? Che fare delle REMS? Come innovare la psichiatria forense italiana e l'attività peritale e di consulenza? La giustizia ha come riferimento la 180?

La conoscenza tra giustizia e psichiatria e il suo sistema organizzativo è ancora parziale. Parte della giustizia sembra far riferimento nelle procedure e prassi¹³ ad un modello asilare quando non chiaramente custodiale più in linea con la legge 36 /1904 e regolamento del 1909 che con la 180. Si determina una contraddizione che trova risonanza con quelle interne ad una parte degli psichiatri e finisce con il porre al centro l'operato professionale, in particolare dello psichiatra chiamato ad esercitare compiti di previsione, prevenzione e controllo, scientificamente, professionalmente e umanamente impossibili, per altro in assenza di un'organizzazione e di strutture con compiti custodiali.

Il confronto internazionale (Inghilterra, Germania, Francia, Svezia, Finlandia, USA) e le Linee Guida deve tenere presenti le differenze normative e organizzative e soprattutto il fatto che solo l'Italia non ha più OP e OPG.¹⁴ Il nostro Paese ha quindi una normativa e organizzazione unica che si fonda sulla volontarietà e sul consenso informato (legge 219/2017) e quindi su un sistema di cura, con il quale anche il sistema giudiziario deve restare coerente. Questo implica una ricerca e una sperimentazione per dare piena applicazione, mediante formazione, strumenti e organizzazione, ad un modello incentrato su misure giudiziarie e interventi di cura nella comunità ispirati al "no restraint" e alla recovery.

Non mancano spinte in direzioni diverse dove la normativa della psichiatria dovrebbe cambiare in una direzione della coercizione. Ne è un esempio la proposta di legge presentata dalla Sen. Marin ed al.¹⁵ nella quale si prevede di estendere anche all'ambito ordinario e non solo agli autori di reato un obbligo di cura protratto. Non sappiamo se il disegno di legge andrà avanti o se non avrà futuro come i tanti altri progetti di cambiamento della legge 180.

Resta un punto fondamentale: è necessario un incontro tra giustizia e psichiatria, con l'attuale impianto legislativo e organizzativo di riferimento. Questo prevede, con la legge 180, che la persona con disturbi

¹³ Si rimanda agli artt. 70, 73, 286, 312, 313 del c.p. e agli artt. 656, 679, 680, 686, 687 del c.p.p.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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"

mentali abbia pieni diritti e doveri e quindi non è pensabile come sottoposta ad una costante tutela da parte di qualcuno, lo psichiatra in particolare.

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.

Buone prassi sono la consultazione preventiva, la perizia o una doppia perizia/perizia di equipe che preveda sempre una relazione con il DSM per la condivisione dei rischi/benefici e delle responsabilità dovrebbero essere preliminari all'adozione di misure giudiziarie. La definizione di Buone pratiche condivise potrebbe essere un obiettivo da raggiungere. Serve un cambio di linguaggio abbandonando i termini quali internati, minorati ed in favore di altri termini come persone.

Per il funzionamento delle REMS è fondamentale che fin da subito la persona ospite 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 in larga parte inapplicabile nelle REMS ed occorre valorizzare i Regolamenti delle REMS, le Carte dei Servizi, i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) e il metodo basato sul consenso e la pianificazione condivisa 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 significativi cambi della misura (ad esempio 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.

Scenari possibili

In assenza di altre auspiccate riforme viene da chiedersi quale possa essere il futuro dell'intero sistema e in particolare per le REMS.

a) Le caratteristiche delle REMS sono diverse e si va dal modello di REMS diffusa del Friuli al sistema polimodulare di REMS dell'ex OPG di Castiglione delle Stiviere, passando per la maggior parte delle strutture con 20 posti anche se non mancano quelle con 10 e 40. Un sistema molto articolato, a macchia di leopardo, le cui differenze si spiegano con le impostazioni dei DSM e le caratteristiche delle comunità. Un sistema che deve sempre più confrontarsi con la questione giudiziaria e della salute mentale negli istituti di pena. In assenza di azioni legislative e di programmazione nella pratica quotidiana si avverte il rischio di una 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.

Una situazione che rischia di accentuare le difficoltà dei DSM se l'ordinaria attività, messa a dura prova dal consistente divario domanda/offerta, non verrà sostenuta da investimenti in particolare sull'attività territoriale. Un quadro operativo nel quale psichiatri e magistrati ogni giorno devono trovare soluzioni, spesso complesse per persone frequentemente sole, senza diritti, documenti, speranza. Il rischio di una deriva abbandonica è molto forte, specie se il tema non incontrerà interesse della politica e dell'opinione pubblica. In questo quadro, il disinvestimento può aprire la via della regressione. Infatti i posti nelle REMS

sono ormai dedicati per circa 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 quindi 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.

Quindi la REMS, talora con sollievo di famiglie, contesti sociali e, in certi casi, anche dei servizi, svolgono la funzione di controllo sociale, liberano per un tempo dal disagio, da soggetti dediti alla microcriminalità, "disturbanti" 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 che non sulla base del quadro clinico e del programma di cura ma per misure giudiziarie che si giustificano sulla base di 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 diviene secondario, ancillare alla misura di sicurezza con la quale confusamente si mescola. La funzione della REMS diviene di mero contenimento e di limitazione della libertà.

D'altra parte le REMS hanno mostrato efficacia, buon livello di dimissioni, basso tasso di rientri.

Pur con queste contraddizioni in questa fase, chiusi gli OPG, la stabilizzazione del sistema delle REMS (ancora provvisorie nel 25% dei casi) sta avvenendo di fatto e preservarne le condizioni e funzioni di cura risulta essenziale.

I DSM avvertono la pressione del sistema giudiziario e vi è il rischio che vengano via via occupati, impropriamente e a lungo termine, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le Residenze con persone con misure giudiziarie, la libertà vigilata, tendenzialmente prolungata, talora sine die. Una funzione impropria di controllo sociale che viene sottilmente avanzata anche nei confronti dei Centri di Salute Mentale (CSM) sempre più impegnati nel seguire un numero crescente di soggetti con misure giudiziarie. Dovrebbero essere ben precisate le attività dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) e l'articolazione delle competenze di cura spettanti ai CSM e ai servizi sociali e quelle relative alla sicurezza sociale, compiti delle Forze dell'Ordine. Infine lo stato dei soggetti detenuti rischia di non vedere significative soluzioni nell'ambito di una precisa programmazione degli interventi organizzativi e di soluzioni condivise con Regioni e DSM.

b) A fronte delle difficoltà quotidiane nel reperire posti dove mettere le persone (piuttosto che di percorsi di cura) vi è una spinta verso l'apertura di altre REMS con un aumento del numero dei posti (la magistrata Paola Di Nicola¹⁶ nel 2017 ne richiedeva 200 in più) in un processo espansivo che probabilmente non avrebbe limiti (se non quelli economici) nella domanda e potrebbe portare, come in Inghilterra, anche a 6000 posti; un sistema che verrebbe ulteriormente spinto all'ampliamento anche dalla proposta Marin la quale prevede cure obbligatorie nelle residenze. Se queste sono chiamate a compiti custodiali e coercitivi

¹⁶ "Vademecum per tentare di affrontare (e risolvere) il problema dell'assenza di posti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)" Paola Di Nicola pubblicato da Diritto Penale Contemporaneo il 13 dicembre 2017

vi è il rischio di una progressiva trasformazione delle REMS in MiniOPG e di una lesione dei diritti degli utenti. REMS sempre più in difficoltà a dimettere dove rischiano di accumularsi poveri, misure provvisorie, persone disturbanti e abbandonate, e autori di reati gravi. Dalla cura si passerebbe ad una funzione di controllo del disagio sociale, ad una neomanicomializzazione (riaprire gli OPG? Magari puliti, moderni e tecnologici?), rischio imminente di ogni psichiatria.

C'è chi ha proposto di articolare REMS secondo livelli di intensità di cura e (sicurezza) e creare anche presidi altamente specializzati per la valutazione e la definizione del programma di cura.

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".

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."

c) Il rischio dell'involuzione delle REMS mostra la necessità di andare oltre la residualità e la transitorietà, per arrivare ad un loro superamento e al definitivo abbandono della cultura penitenziaria che ha connotato gli OPG. Le REMS sono parte dei DSM ma ammissioni 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 misure di sicurezza, arresti o detenzione) non può in alcuna maniera prescindere dai bisogni sanitari attuali e non solo quelli presunti. La durata della misura di sicurezza ("internamento"), in passato sine die, era coerente con la convinzione dell'inguaribilità dei disturbi mentali, posizione questa che è smentita dalle ricerche scientifiche e dalla impostazione orientata alla recovery ma anche dalla valutazione evolutiva di ogni singolo caso. Per curare non serve un luogo sanitario dedicato ad eseguire misure di sicurezza e pertanto occorre una normalizzazione delle REMS con la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale. Al contempo promuovere una cultura in base alla quale per la cura non è necessario uno spazio REMS ma un percorso "REMS" il che significa poter utilizzare tutti i necessari dispositivi di cura del DSM e del sistema di welfare e di comunità. Restano validi i principi di riferimento: regionalizzazione, numero chiuso, assenza di contenzioni che andrebbero applicati anche agli istituti di pena.

Rilanciare la riforma

A fronte di questi scenari credo non si possa restare inermi e lasciando soli i servizi sanitari e giudiziari. Una fase di disinvestimento e abbandono può portare alle prassi dell'arrangiarsi e di equilibrati aggiustamenti

locali ma si rischia la deriva dell'intero sistema incapace di reggere il carico della crescente popolazione con provvedimenti giudiziari.

Sarebbe molto importante una riforma del codice penale, abolendo il doppio binario e rivedendo le misure giudiziarie e promuovere azioni in modo da affrontare con un insieme di investimenti i nodi emersi delle pratiche (diritti delle persone, misure di sicurezza provvisorie, liste di attesa, situazione penitenziaria, difficoltà dei DSM).

A questo proposito, nell'ottica costituzionale, del welfare pubblico, universalistico e di inclusione sociale, vi sono stati recentemente vi sono stati due importanti pronunciamenti: il primo è quello del Comitato Nazionale per la Bioetica¹⁷ e il secondo è la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile 2019 della quale riporto sinteticamente i punti principali.

Se durante la carcerazione si manifesta una grave malattia di tipo psichiatrico, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga", così come già accade per le gravi malattie di tipo fisico. In particolare, il giudice dovrà valutare se la malattia psichica sopravvenuta sia compatibile con la permanenza in carcere del detenuto oppure richieda il suo trasferimento in luoghi esterni (abitazione o luoghi pubblici di cura, assistenza o accoglienza) con modalità che garantiscano la salute ma anche la sicurezza. Questa valutazione dovrà quindi tener conto di vari elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua eventuale pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di cura offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che opera nell'istituto penitenziario, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva.

Il chiaro riferimento alle leggi 180/1978 e 81/2014 fa scrivere alla Corte: "Chiusi gli ospedali psichiatrici civili e giudiziari, non può più farsi riferimento all'art. 148 cod. pen., vale a dire l'unica disposizione dedicata alla condizione dei detenuti affetti da gravi patologie psichiche sopravvenute." "Nel frattempo, il legislatore ha istituito le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), su base regionale e a esclusiva gestione sanitaria. Tali strutture non sono però destinate ad accogliere i condannati in cui la malattia psichica si manifesti successivamente."

"L'istituzione delle REMS introdotte dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG. Come correttamente osserva la Corte di cassazione rimettente, le REMS non sono istituzioni volte a sostituire i vecchi ospedali psichiatrici sotto altra veste e denominazione. Mentre i vecchi OPG erano destinati a ospitare tutti i malati psichiatrici gravi in qualsiasi modo venuti a contatto con la giurisdizione penale e, dunque, anche i condannati con infermità psichica "sopravvenuta" alla condanna, al contrario le REMS, così come chiaramente indica la loro stessa denominazione, hanno come unici destinatari i malati psichiatrici che sono stati ritenuti non imputabili in sede di giudizio penale o che, condannati per delitto non colposo a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, sono stati sottoposti a una misura di sicurezza".

"Un adeguato bilanciamento tra le esigenze della sicurezza della collettività e la necessità di garantire il diritto alla salute dei detenuti (art. 32 Cost.) e di assicurare che nessun condannato sia mai costretto a

¹⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica "Salute mentale e assistenza psichiatrica nelle carceri", 22 marzo 2019

scontare la pena in condizioni contrarie al senso di umanità (art. 27, terzo comma, Cost.), meno che mai un detenuto malato.”

La “detenzione domiciliare costituisce «“non una misura alternativa alla pena”, ma una pena “alternativa alla detenzione o, se si vuole, una modalità di esecuzione della pena”», sottolineando come essa sia sempre accompagnata da «prescrizioni limitative della libertà, sotto la vigilanza del magistrato di sorveglianza e con l’intervento del servizio sociale.”

Ne deriva che alle REMS sono destinate le persone con misure di sicurezza detentive definitive mentre per le persone con disturbi mentali incompatibili con la detenzione vengono individuate misure alternative da realizzarsi nell’ordinaria rete dei DSM. Resta aperta la questione della misura di sicurezza provvisoria e delle sedi per la sua esecuzione. Nuovi riferimenti che implicano un’approfondita riflessione operativa anche da parte degli psichiatri.¹⁸

Posto che a mio parere le misure di sicurezza provvisorie dovrebbero essere abolite e sostituite da misure cautelari, la loro persistenza nell’ordinamento non dovrebbe vedere la collocazione in REMS.

Alla luce di questo e della possibilità di realizzare soluzioni alternative alle REMS viene da chiedersi se non si possa procedere al loro superamento e 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, la soluzione diffusa, molecolare nelle strutture o a domicilio sostenute da PTRI con Budget di Salute¹⁹, in modo tale che si realizzi 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. Se questa è la situazione va ricordato che i DSM devono operare per la cura e l’inclusione. In questa ottica gli utenti devono essere 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 a mio avviso non vi debbono più essere strutture sanitarie con finalità di eseguire misure di sicurezza. Infine va tenuto conto del persistere dello stigma della REMS è molto elevato e 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 mentre se la persona deve restare in carcere occorre assicurare in quella sede gli interventi di cura possibili e appropriati alla situazione. Si potrebbe attuare la trasformazione delle REMS a comuni residenze attraverso la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale vedendo una continuità di percorsi sanitari nel DSM e se necessario per ragioni giudiziarie con il sistema penitenziario prevedendo anche lo sviluppo di sperimentazioni per percorsi innovativi per soggetti con gravi disturbi della personalità, uso di sostanze. Vanno quindi previsti adeguati investimenti per creare un adeguato sistema incentrato sulla comunità.

La questione professionale

¹⁸ Pellegrini P. (2019) Salute mentale: carcere e post OPG, dopo la sentenza della Corte Costituzionale. Sos sanità 26/2019 <http://www.sossanita.org/archives/6998>

¹⁹ Pellegrini P., Ceroni P. Dall’Aglio R., Soncini C. (a cura di), Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna. Alfabeta Verlag, Merano, 2019

Oltre alle questioni legislativa e organizzativa ritengo cruciale per il futuro la questione professionale dello psichiatra.

La posizione di garanzia dello psichiatra va superata tenendo conto delle evidenze scientifiche in base alle quali vi è l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone. Ancora per trattare persone palesemente a rischio di commettere nuovi reati non solo va eliminato il riferimento alla posizione di garanzia ma ai professionisti che devono cimentarsi in tale difficilissimo compito va assicurato "il privilegio terapeutico", forme protezione, responsabilità istituzionali.

Sarebbe questa una grande conquista per la sicurezza delle cure, per la quale dovrebbe battersi con forza tutta la psichiatria italiana. Un ambito nel quale potrebbe riprendere respiro la psichiatria forense a pieno titolo interna ai nuovi percorsi. Altrimenti è facile capire come possa diffondersi un atteggiamento difensivo, pauroso, evitante. Una demotivazione che può inficiare il mandato di cura specie quando questo contiene intrinsecamente una quota (a volte rilevante) di rischio.

"La letteratura concorda che la violenza non è un elemento prevedibile in modo attendibile né con strumenti clinici né con dei test. Allo psichiatra viene di fatto affidato un compito per il quale non ha strumenti adeguati. È insomma una *mission impossible* quella dello psichiatra che vuole fare lo psichiatra e nel contempo il poliziotto o l'investigatore, ovvero riuscire a curare ma contemporaneamente preoccuparsi di reati, peraltro estremamente difficili da prevedere, che il suo paziente potrebbe commettere in futuro." (Migone, 2018)²⁰.

Va affrontato il tema centrale dell'imputabilità della persona con disturbi mentali da tempo aperta (Szasz, 1963)²¹: se la legge è uguale per tutti perchè i fatti-reati non debbono essere puniti in relazione alle conseguenze e non tanto o solo sulla base delle motivazioni?

Sappiamo quanto sia difficile ricostruire a posteriori lo stato psichico al momento del fatto reato, come siano poco scientifiche le perizie. Nell'ottica di abolire la non imputabilità vi sono state diverse proposte di legge. Il diritto al processo e quindi alla eventuale condanna non significa necessariamente cura in carcere ma vanno previste cure adeguate al disturbo anche con forme alternative alla detenzione, che il giudice dovrebbe poter adottare fin dal pronunciamento della sentenza. Questo presuppone un'organizzazione adeguata al compito facendo evolvere la stessa concezione della pena. Occorre prevedere, almeno per quanto attiene ai percorsi terapeutici, che il carcere sia parte integrante della comunità, superando le separazioni fra interno ed esterno, garantendo la continuità di cura e la possibilità di misure alternative alla detenzione, occasioni di lavoro e di inclusione sociale. Vi è la necessità di analisi complesse e approcci

²⁰ Migone P. Intervento alla presentazione del libro di Pellegrini P., "Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari", Alfabeta Verlag, Merano, 22 febbraio 2018. La Rivista Psicoterapia e Scienze Umane ha dedicato ampio spazio al tema della chiusura degli OPG (n.3/2015, n. 4/2015, n. 2/2017, n. 1/2019)

²¹ Szasz T.S. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row (trad. it.: *Il mito della malattia mentale*. Milano: Il Saggiatore, 1966).

Szasz T.S. (1963). *Law, Liberty and Psychiatry. An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. New York: Mcmillan (trad. it.: *Legge, libertà e psichiatria*. Milano: Giuffrè, 1984).

dimensionali e non categoriali alla questione della pericolosità sociale ed una rinnovata concezione della pena non incentrata sulla limitazione della libertà e ma orientata al recupero, alla reinclusione sociale e alla riparazione del male compiuto.

Attraverso una Conferenza nazionale si potrebbe arrivare alla definizione di buone pratiche, coinvolgendo le famiglie, la società civile, gli enti locali, la comunità.

Per attuare l'inclusione sociale occorre una forte ripresa dell'attenzione e degli investimenti nel sistema di welfare pubblico e universalistico. Se questo viene meno tutta la riforma rischia di fallire portando da un lato REMS e strutture psichiatriche a contenitori e sedi di un'inutile riabilitazione non inclusiva ma di mero intrattenimento e dall'altro ad un crescente abbandono delle persone escluse.

Conclusione

Bisogna riportare al centro la cultura dei diritti a partire dal diritto all'identità, a documenti al riconoscimento di una residenza. La buona pratica è fornire documenti di identità e residenza come premessa ad ottenere i diritti di cittadinanza e a tal fine Comuni e Prefetture sono fondamentali. Essere disconosciuti mina alla base ogni processo di soggettivazione e quindi di cura. Per questo occorre essere riconosciuti come persona degna di diritti e di parola. L'apolide, lo straniero devono trovare basi e mezzi (non necessariamente parole) per essere compresi, in modo che il destino sia comune, quello di ciascuno legato a quello dell'altro. Dare motivi per comprendere quanto accaduto e farlo diventare un tema del proprio cambiamento, dell'assunzione di responsabilità, inscrivere nella propria storia ed elaborare il male, porvi come possibile rimedio, riaprirsi alla speranza e al futuro. Questo è tanto più importante per persone con disturbi mentali che vedono la loro esistenza compromessa, connotata dall'inquietante presenza di un ignoto che abita il proprio corpo, segna i pensieri, condiziona affetti e manipola le intenzioni. Persone che hanno bisogno dell'altro della sua mente e delle cure per poter riprendere un funzionamento mentale più adeguato, per rivedere la propria storia darvi senso e rappresentazione.

I rischi di regressione nei diritti e nell'organizzazione sono sempre presenti e a mio parere, indietro non si può e non si deve tornare. Quindi conviene identificare le condizioni teoriche ed operative per agire il mandato di cura anche nei contesti difficili attribuendo a ciascuno le proprie competenze e responsabilità, alle istituzioni e alle persone, comprese quelle con disturbi mentali autrici di reato. Con questo approccio, nella pratica clinica, si è di fatto abolita la non imputabilità in quanto il reato, il suo vissuto è parte del mondo psichico interiore della persona e nelle sue relazioni, la sua elaborazione e la possibile riparazione, è parte fondamentale di ogni fase accoglienza, valutazione, diagnosi e terapia. Come già si è detto, sarebbe utile anche un'abolizione legale della non imputabilità.

In questi anni abbiamo lavorato insieme, affrontato tante difficoltà e incertezze ed abbiamo inventato un modello di lavoro, a partire dalle migliori pratiche, alcune delle quali già in essere nell'ultima fase dell'OPG, rivedendole alla luce di quelle della psichiatria di comunità. Pur in un processo positivo, come hanno evidenziato il report delle visite di Stopog²², il sistema delle REMS ha ereditato e mantenuto significativi connotati custodiali. Le prassi di psichiatri e magistrati ancora non sembrano adeguatamente innovate e in sintonia con il nuovo contesto operativo.

²² <http://www.stopog.it/>

Tuttavia, si è costruito un modello originale, molto complesso che certamente non è lineare e definitivo ma come ricorda Basaglia²³ la realizzazione della riforma “sarà sempre un progetto perché non avrà mai fine, è sempre qualcosa che muta e mutando crea contraddizioni”.

Preso atto che si tratta di un lavoro in evoluzione e interminabile, l’applicazione della legge richiede collaborazioni interistituzionali che indicano la necessità di più avanzati punti di incontro tra psichiatria e giustizia. Se il lavoro che si è realizzato è stato effettuato in larga parte nei DSM, va ricordato il sostegno e l’attenzione del Consiglio Superiore della Magistratura²⁴ che si è espresso per ben due volte ritenendo necessario “delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell’ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative”. Inoltre ha sottolineato come sia strategica la collaborazione tra giustizia e psichiatria che porti a protocolli²⁵, e allo sviluppo di un dialogo costante e reciproco in tutte le fasi del procedimento, possibilmente fin dall’inizio.

Il Consiglio Superiore della Magistratura auspica “una costante integrazione funzionale” tra gli Uffici di Sorveglianza, quali organi giudiziari preposti alla vigilanza sulla esecuzione delle misure di sicurezza, i Dipartimenti di Salute Mentale e le sue unità operative complesse nonché le Direzioni delle Rems, quali organi deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiche, e gli uffici UEPE, aventi una funzione di controllo e supporto sociale alle persone affette da malattia psichica collocate sul territorio.

D’altronde, la necessità che, al fine di una piena realizzazione degli obiettivi perseguiti dalla riforma e dei principi ivi delineati, tutti i soggetti istituzionali coinvolti collaborassero e dialogassero tra loro, era stata indicata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni già nell’accordo 26 febbraio 2015²⁶. Un accordo di transizione, di durata annuale, che andrebbe rivisto. A tutti i soggetti sopraelencati vanno aggiunte Prefetture e Forze dell’Ordine visto che ad esse, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012, viene affidata l’attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna con la previsione di assicurare, se necessario, diversi livelli di protezione in relazione alle caratteristiche psicopatologiche e alla loro evoluzione.

I decreti applicativi della legge 103/2017 che pure avevano suscitato dibattiti e perplessità ma anche speranze circa la possibilità di delineare un sistema unitario, in grado di assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona, hanno ridotto le possibilità di misure alternative e la

²³ www.youtube.com/watch?v=NNok3_45UqU

²⁴ “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

²⁵ 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.

²⁶ Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell’art. 3-ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2015/2014 n. 2014, n. 81

sorveglianza dinamiche e rimosso il tema della salute mentale negli Istituti di Pena. Al loro interno l'assistenza psichiatrica va organizzata.

La Corte Costituzionale ha indicato che la sopraggiunta infermità psichica del detenuto ritenuta incompatibile con la permanenza negli Istituti di Pena, che prima finivano in OPG non devono andare in REMS ma trovare risposta nei DSM. Una via molto interessante che apre scenari nuovi anche per il superamento delle REMS. I pronunciamenti del Comitato Nazionale per la Bioetica e la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile 2019 hanno portato chiarezza e speranza. Credo che su questo debbano inserirsi le azioni riformatrici legislative, gli investimenti e, come si è detto, la revisione delle pratiche professionali tramite formazione, conoscenze, relazioni e buone prassi condivise nella chiarezza dei ruoli, il "doppio patto", i PTRI e modelli d'intervento.

E' evidente come sia necessario sostenere i Centri di Salute Mentale (CSM) sia in termini di risorse che di competenze professionali. Occorre potenziare i servizi territoriali e residenziali, ad esempio mediante l'istituzione in ogni DSM di una funzione/UO di Psicopatologia Forense. Un percorso giudiziario, efficiente, efficace, è facilitato se fin dall'inizio, vi è una collaborazione tra psichiatria e giustizia che può accompagnare tutte le fasi del procedimento. Questo è fondamentale per una corretta attività di diagnosi e cura che vede intensità e qualità degli interventi psichiatrici differenziati. Un processo che oltre altri strumenti della psichiatria di comunità, deve per quanto possibile tendere alla riparazione, tenendo conto degli aspetti culturali, religiosi e spirituali. La persona (e gli operatori dei servizi di salute mentale) hanno bisogno di una giustizia collaborante la quale, insieme alle Forze dell'Ordine, sia in grado di dare autorevolezza e al contempo fiducia nel cambiamento possibile, sicurezza e speranza nell'inevitabile confronto con la gravità del male e delle sue conseguenze.

Un lavoro che richiede competenze precise e si avvale nella chiarezza del lavoro comune, facilitato da formazione congiunta, cultura e ricerca.

Una responsabilità condivisa favorisce il corretto funzionamento dell'intero sistema e può risolvere i punti critici come le liste di attesa ma anche l'effetto "accumulo" sia dei casi in REMS sia di quelli seguiti dai CSM per i quali la misura talora viene prorogata "sine die" come se la condizione di libero vigilato non potesse lasciare il posto a quella di "libero cittadino".

Occorrono sforzi per migliorare le perizie e favorire le valutazioni collegiali che tengano conto dei limiti dell'azione terapeutica e tendano a mitigare la non sintonia dei tempi della cura rispetto a quelli della giustizia. Una persona con una psicosi non trattata, se curata può migliorare in qualche mese, mentre un Disturbo grave della personalità con uso problematico di sostanze ha un andamento cronico recidivante. Voler imporre a questi soggetti protratte limitazioni della libertà non migliora gli esiti della cura ed apre elevati problemi gestionali, di sicurezza e spinge le strutture verso impropri (e impossibili) compiti custodiali del tutto inutili per la persona e addirittura dannosi per gli altri ospiti, gli operatori e i contesti. Meglio lavorare ad esempio per la riduzione del danno, con tecniche che riducano il craving, Le violazioni, le fughe in particolare sono risultate un elemento critico da valutare senza automatismi ma tenendo conto della loro complessità di significati.

I soggetti con disturbi gravi della personalità, psicopatia, uso di sostanze richiedono percorsi innovativi tra sistema penale e sanitario, programmi personalizzati, sostenuti da Budget di salute.

Vi è quindi la necessità di sostenere il percorso di attuazione con adeguate risorse anche economiche visto che i 2/3 delle persone sul territorio è ospite di Residenze/Comunità e rilevante è anche l'impegno nei Budget di salute.

Questo non solo relativamente al "cure", ma soprattutto al "care", come la disponibilità di mezzi e di tutele assistenziali, la formazione-lavoro, il reddito, la disponibilità di soluzioni abitative, la qualità delle comunicazioni, la vivibilità. In questo hanno un ruolo molto rilevante anche gli operatori di giustizia e delle forze dell'ordine in quanto garanti dei diritti della persona e della sicurezza dei cittadini.

Le buone pratiche in salute mentale sono esperienze significative ed efficaci se danno piena realizzazione al mandato di cura che si sostanzia in un miglioramento delle condizioni di salute del paziente nella sua recovery e inclusione sociale. Gli ambiti più significativi sono quelli del funzionamento psicosociale nelle relazioni, nella genitorialità, nella formazione-lavoro, abitare, socialità, cura, prevenzione e promozione della salute. Per quanto attiene gli autori di reato pur essendovi una priorità del mandato di cura, nell'interesse della persona e della comunità sociale, è certamente importante anche rilevare le pratiche che prevengano le ricadute e la commissione di nuovi reati.

Parafrasando Basaglia abbiamo dimostrato che l'impossibile è possibile e si può fare una psichiatria senza OPG mediante interventi incentrati sulla comunità. Un risultato eccezionale che 5 anni fa avremmo certamente sottoscritto. E tuttavia la situazione di oggi, le contraddizioni che si sono aperte e la nuova fase politica hanno lasciato la riforma in mezzo al guado e sono evidenti i rischi di regressione.

Il dibattito sulle REMS, il loro numero, le dimensioni, il rilancio di soluzioni tipo l'ex OPG di Castiglione delle Stiviere, la cultura "securitaria", l'uso strumentale delle liste di attesa rischiano di riportare il tutto verso la legge 9/2012, di far pensare alle REMS come sostituti dell'OPG e riferimento del sistema.

Un arretramento pericoloso che a mio avviso va contrastato mediante la realizzazione di un modello diffuso sul territorio e non incentrato sulle REMS, strutture residuali, sempre temporanee e tendenzialmente da superare. Il livello della qualità della risposta dei DSM, degli enti locali, dei cittadini, dei pazienti e familiari. Occorre la consapevolezza che solo un rilanciato sistema di welfare pubblico universale, fondato sulla Costituzione, è l'unico che può garantire una risposta di comunità, quella più appropriata e efficace. La legge 81, come la 180, non riguarda solo le persone con disturbi mentali ma tutti in quanto non solo ha ridefinito il "patto sociale" ma ha portato a ripensare le funzioni della pena, la sua esecuzione, ha favorito riflessioni su un sistema carcerario costoso (per ogni posto circa 150 euro/die), poco efficiente e spesso sanzionato a livello europeo. Un punto chiave che interroga come nel nostro Paese ci si occupa del dissenso, della devianza, delle diversità. La loro segregazione è impossibile e il clima di paura e intolleranza alimentati dal pericolo (vero, presunto, percepito o rappresentato) rischia solo di alimentarlo, in un circolo vizioso che va fermato.

Restando nel nostro ambito, viene da chiedersi: saremo in grado di continuare nella linea della 180, e della legge 81 portando a compimento le pratiche in una comunità che si prende cura mediante pratiche no restraint e fondate sul rispetto dei diritti? O un insieme di fattori, politici, giudiziari, spingono in una direzione diversa e la sola competenza professionale dello psichiatra sulla quale si è scaricata la responsabilità delle riforme è destinata a non reggere più, di fronte alle pressioni sociali, alla fatica della trattativa continua, del burn out, della stanchezza professionale? Verrà sostituita da una ripresa della segregazione delle persone con disturbi mentali, magari con il sollievo di tanti, magari anche degli

psichiatri? Uno scenario che va al core della 180. E' questa che bisogna difendere ancora e va rilanciata con un movimento ampio. Ne saremo capaci? O alle affermazioni di principio faranno seguito pratiche sempre più distanti e persino contraddittorie? Psichiatria biologica e neuroscienze potranno spostare il sistema verso altri paradigmi culturali, formativi e domani operativi?

Per il futuro: il sistema delle REMS si sta stabilizzando? Va allargato? Oppure va rilanciato un movimento per superarlo e renderlo residuale e molecolare? Molto realisticamente, seppure nella residualità, può essere ancora il riferimento per l'esecuzione delle misure di sicurezza, magari solo quelle definitive? In questa prospettiva un processo di riduzione sarebbe già possibile e potrebbe rappresentare una linea di tendenza molto interessante. Il Friuli sta dimostrando che si può fare con un sistema di REMS diffuse e molecolari. Un sistema unitario, coerente con la Costituzione e la legge 180, richiede un forte ripensamento della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena. Le previsioni relative allo sviluppo delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale deve inserirsi in percorsi e collegamenti con i DSM e più in generale con il sistema di welfare, superandone però i confini per arrivare ai diritti umani e di cittadinanza.

Interventi che correlano con ogni azione che voglia essere di riabilitazione e recupero delle persone, tutte le persone con o senza disturbi mentali.