

Convegno ECM
VALUTAZIONE DEI PRIMI 5 ANNI DELLA LEGGE 81/2014: DAGLI OPG ALLE REMS IN
SICILIA, VANTAGGI E CRITICITA'

Sala Conferenze Centro Riabilitativo "Mons. Giosuè Calaciura"
Biancavilla - 11 Ottobre 2019

**Il ruolo storico e le proposte della Società Italiana di Psichiatria Democratica riguardo alla
valutazione dei primi cinque anni di attuazione della Legge di riforma n. 81/2014**

Dott. Giuseppe Ortano

Responsabile carceri e superamento OPG della Società Italiana di Psichiatria Democratica
Direttore Unità Operativa Salute Mentale 23 – REMS di Mondragone ASL CASERTA

"Ci sono sempre falsi profeti. Ma nel caso della psichiatria è la profezia stessa ad essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà della vita e con la possibilità di espressione che l'uomo in essa trova o non trova" (Franco Basaglia) ¹

1. Il Grande Internamento

La Psichiatria sin dalle sue origini ha assolto un ruolo ancillare, collaterale ma non secondario, di controllo sociale! Questo è un dato di fatto incontrovertibile, un punto fermo da cui occorre partire per introdurre il ragionamento che vogliamo oggi portare avanti.

La nascita della moderna psichiatria viene ricollegata a Philippe Pinel ed al suo gesto di liberare i folli dai ceppi e dalle catene nelle segrete: all'insegna dell'utopia della presa in carico della Sragione da parte della Ragione, ma all'interno della ragione degli ospedali.

In realtà dunque Pinel imprigionò la psichiatria istituzionale nel doppio binario dell'insanabile ambiguità della liberazione da un lato, della realtà di una nuova emarginazione e di un nuovo stigma dall'altro. Nella pratica, si passò dai ceppi alle cinghie, dalle catene alle cosiddette "fascette", come si usa dire con un ipocrita eufemismo, di contenzione.

¹ da *Follia/Delirio* in Franco Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Torino, 1982.

“I folli, che da ora in poi saranno chiamati malati di mente, dovranno essere curati. La cura sarà l'internamento. L'internamento sarà stabilito per legge da un certificato medico”. **(Philippe Pinel)** ²

E' questo in estrema sintesi il portato della cosiddetta “*prima rivoluzione psichiatrica*”, a supporto della quale andò affermandosi il paradigma che la malattia mentale è causata da un danno del cervello, le cui cause sono sconosciute, il luogo deputato alla cura è il manicomio, il trattamento è l'isolamento e la segregazione, di cui si incarica il medico alienista e lo Stato di diritto deve regolamentare l'internamento e garantire l'erogazione dell'assistenza ai folli.³ In seguito si giunse alla conclusione che l'origine degenerativa avesse cause organiche, come sembrava suggerire la lue e le sue manifestazioni psichiche. Post hoc, propter hoc: se alla base della lue dunque vi è un processo biologico degenerativo, tutte le malattie mentali hanno la stessa origine.

Nel contesto del “*grande internamento manicomiale*” che in questo modo si determinò, Aversa ha legato per due secoli il suo nome a quello della Psichiatria, avendo avuto il triste primato del primo manicomio civile del Sud Italia, fondato da Gioacchino Murat nel 1813 e del primo manicomio criminale d'Italia, nel 1876.

2. Da dove tutto ha preso il via

A partire dalla seconda metà del XIX secolo, nel corso dell'acceso dibattito tra opposte scuole penalistiche italiane, cominciò ad emergere l'idea di creare delle istituzioni destinate ai cosiddetti “folli rei”, soggetti che avevano commesso un reato in stato di assoluta follia e che, secondo l'impostazione della scuola Classica, non potevano rispondere della loro condotta delittuosa in quanto l'irrogazione di una pena in senso stretto era necessariamente ricollegata alla consapevolezza e colpevolezza del reo. Conseguentemente, il codice penale all'epoca vigente escludeva la responsabilità in capo al soggetto che avesse commesso un delitto in condizioni di “assoluta imbecillità, pazzia o morboso furore”, che pertanto veniva prosciolto e, di norma, rimesso in libertà.

A tale concezione si opponeva la scuola Positiva, forte delle conoscenze acquisite dalla nuova scienza criminologica. Il “pazzo delinquente”, così determinato da fattori biologici e antropologici,

² *Philippe Pinel, Bicetre, 1793.*

³ *Philippe Pinel, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Richard, Caille et Ravier, Parigi, 1800.*

rappresentava un pericolo per la collettività, dinanzi al quale la società era chiamata ad approntare idonei strumenti difensivi. La reazione dell'ordinamento al crimine, pertanto, avrebbe dovuto attivarsi anche nei confronti del folle; la prigione, tuttavia, non sarebbe stata adeguata a tali individui. Infatti, se da un lato rischiavano di pregiudicarne l'ordine e la disciplina, dall'altro le case di pena non erano idonee a fornire loro le cure necessarie.

Pertanto, gli esponenti della scuola Positiva (primo fra tutti Cesare Lombroso) proposero l'istituzione di appositi manicomi criminali sul modello di quelli già creati in Inghilterra a partire dal secolo precedente, istituzioni capaci di eliminare dalla società i soggetti ritenuti irrecuperabili ed eventualmente curare quelli per i quali poteva prevedersi una riabilitazione. Si immaginava, così, un'istituzione con direzione medica e personale carcerario a metà tra una struttura per folli e una per delinquenti, tra cura e custodia, tra medicina e giustizia.

3. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario “*Filippo Saporito*” di Aversa

La nascita dell'OPG di Aversa risale al 1876, allorquando nell'edificio dell'ex convento di San Francesco di Paola, allora casa di pena per invalidi, fu creata la sezione per maniaci, destinata ad ospitare rei-folli affidati alle cure del medico della casa penale Gaspare Virgilio. Il Regolamento generale delle carceri emanato nel 1891, a seguito del Codice Penale Zanardelli del 1889, prevederà espressamente la misura del manicomio giudiziario per “i condannati divenuti pazzi durante la espiazione della pena, ed agli imputati ed accusati dei quali l'Autorità giudiziaria competente ordina il ricovero forzato, temporaneo o definitivo”.

Fedele seguace delle teorie lombrosiane, Gaspare Virgilio, già direttore del manicomio civile di Aversa “S. Maria Maddalena” dal 1863 al 1904, aveva qui iniziato i suoi studi sul parallelismo tra malati di mente comuni ed alienati delinquenti, studi resi possibili in quanto il manicomio civile da lui diretto era l'unico in tutto il Regno che accoglieva malati di mente autori di reato. Approfondì i suoi studi sui rapporti tra delinquenza e follia, passando dall'iniziale “identificazione” tra pazzo e reo al concetto di “analogia” tra delinquenti e malati di mente.⁴ Nel 1904 la sezione per maniaci fu ampliata e trasformata in direzione autonoma di manicomio

⁴ *Gaspare Virgilio, Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio, in Rivista di discipline carcerarie, anno IV, 1874, p. 382.*

giudiziario.

Nel 1907 Filippo Saporito successe a Virgilio nella direzione del manicomio giudiziario di Aversa. Il problema della creazione di spazi detentivi ove contenere quei soggetti autori di reato riconosciuti incapaci di intendere e di volere, o dei rei già detenuti e impazziti in carcere, i cosiddetti rei-folli, era avvertito con grave disagio e drammatica urgenza da parte delle autorità. Sia i manicomi civili, infatti, che le direzioni delle carceri, si rifiutavano di ospitare entrambe le categorie.

Sugli esempi di esperienze realizzate all'estero, dall'Inghilterra alla Francia alla Germania, dal Canada agli Stati Uniti, ad Aversa si sperimentò quindi questo primo esempio di asilo per maniaci, prototipo del manicomio giudiziario così fortemente auspicato dagli esponenti dell'antropologia criminale, primo fra tutti Cesare Lombroso.

Questo primo esperimento sarà imitato dopo qualche anno da analoghe strutture che sorgeranno a Montelupo Fiorentino (1886), a Reggio Emilia (1896), a Napoli (1923), a Barcellona Pozzo di Gotto (1925), a Castiglione delle Stiviere (1939) (a seguito di una convenzione tra il ministero di Grazia e Giustizia e l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri), a Pozzuoli (1955).

La vera svolta, tuttavia, avvenne soltanto con l'approvazione del "*Codice Rocco*" nel 1930 che istituzionalizzò il ricorso al manicomio giudiziario quale misura di sicurezza da disporsi sempre nei confronti dell'imputato prosciolto per infermità psichica.⁵ Con il nuovo codice l'ordinamento penale italiano accolse le istanze della cosiddetta Terza Scuola, introducendo quale compromesso tra le contrastanti opinioni delle scuole Classica e Positiva il sistema del "*doppio binario*" che articolava le risposte sanzionatorie alla commissione di un reato distinguendole tra pene e misure di sicurezza, queste ultime a loro volta suddivise in personali e patrimoniali.

Sono tristemente note le vicende che alla fine degli anni Settanta portarono i manicomi giudiziari al centro di aspre polemiche e ferme richieste di chiusura di essi: prima la morte di Antonia Bernardini, avvenuta nel 1975 nel manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli,⁶ quindi le denunce di gravi illegalità verificatesi negli istituti di Aversa e di Napoli. Domenico Ragozzino, direttore del manicomio giudiziario di Aversa e Guglielmo Rosapepe, direttore a Napoli, furono entrambi accusati delle gravi violazioni. Imputati e condannati in primo grado, furono quindi assolti in appello dalle accuse che erano loro state mosse.

⁵ Testo coordinato ed aggiornato del Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398.

⁶ Dario Stefano Dell'Aquila, Antonio Esposito, "*Storia di Antonia. Viaggio al termine del manicomio*", *Sensibili alle foglie*, 2017.

L'assoluzione, comunque, non cancellò il ricordo dei drammatici fatti avvenuti in quei luoghi. I due funzionari, travolti dagli scandali, posero tragicamente fine alla loro vita con il suicidio.

4. Il ruolo di Psichiatria Democratica nel processo di superamento degli OPG

«Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla». (Franco Basaglia)⁷

A distanza di oltre 30 anni dalla emanazione della legge 180 gli OPG erano ancora lì con tutto il loro portato di sofferenza. Sopravvissuti perché in quanto istituti penitenziari, erano fuori dal circuito "civile" dell'assistenza sanitaria pubblica, ambito che al contrario era stato profondamente coinvolto dai movimenti di riforma.⁸ Ma forse anche perché hanno fatto comodo anche alla stessa comunità psichiatrica?

In questa sede è doveroso ricordare che il processo di superamento degli OPG ha preso le mosse proprio da Aversa, dove tutto cominciò, dopo le ispezioni della Commissione Europea per la Prevenzione della Tortura⁹ che ne constatò le condizioni inaccettabili di vita degli internati e che costò all'Italia una condanna. Allora soltanto la contenzione meccanica venne del tutto abolita.

Psichiatria Democratica, l'organizzazione fondata nel 1973 tra gli altri da Franco Basaglia, ha da sempre posto al centro della sua prassi la lotta all'istituzione totale¹⁰ ed al suo portato iatrogeno: la sindrome da istituzionalizzazione come è stata indicata la complessa condizione dei ricoverati in manicomio.¹¹

Il metodo proposto da Basaglia a Gorizia, splendidamente rappresentato nell'intervista a Sergio

⁷ Franco Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

⁸ Alberto Manacorda, *Il manicomio giudiziario. Aspetti di raffronto tra l'Italia e gli altri paesi europei*, in G. Pugliese e G. Giorgini, *Mi firmo per tutti.*, p. 97 *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews, 1997.

⁹ CPT/Inf (2010) 12 | Section: 45/48 | Date: 09/04/2009 D. *Psychiatric establishments / 1. Filippo Saporito Judicial Psychiatric Hospital, Aversa / g. safeguards.*

¹⁰ Erving Goffman, *Asylums; le istituzioni totali; la condizione dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino, 1968.

¹¹ << Denominata in Letteratura come "nevrosi istituzionale" ed è generalmente caratterizzata da chiusura in se stessi, indifferenza verso il mondo esterno, apatia, regressione a comportamenti infantili, atteggiamenti stereotipati, rallentamento ideico; è inoltre possibile che il soggetto elabori convinzioni deliranti di tipo consolatorio: i cosiddetti "deliri istituzionali" (ideazioni di cui il soggetto è radicalmente convinto ma che non presentano riscontri nella realtà oggettivabile)>>.

Zavoli per la RAI¹², mettendo tra parentesi la malattia (epochè) e ponendo al primo posto la persona malata, dimostrò che un altro modo di prendersi cura era possibile.¹³ Attraverso la negazione istituzionale e la lotta alla aggiuntiva violenza della istituzione manicomiale, mai scaduta su posizioni antipsichiatriche, è stato possibile giungere al superamento del paradigma scientifico della malattia mentale che sosteneva OP ed OPG: incomprendibilità, incurabilità, pericolosità.¹⁴

Psichiatria Democratica ha esercitato una funzione di denuncia e di stimolo, ma anche di messa in atto di concrete prassi con l'obiettivo di dare un contributo fattivo al difficile percorso di superamento degli OO.PP.GG.

Un aspetto fondamentale è stato quello di lavorare a scongiurare il pericolo di ulteriori proroghe alla chiusura degli OPG che di volta in volta si paventavano.

In questa ottica vanno viste le audizioni in Senato con la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del 18 maggio 2011¹⁵ e la partecipazione al Seminario "Salute mentale OPG e diritti umani".¹⁶

Così come L'incontro al Quirinale con il Consigliere per gli Affari dell'Amministrazione della Giustizia del Presidente della Repubblica per illustrare le proposte di Psichiatria Democratica per il superamento degli OPG, in particolare, riaffermando ancora una volta la contrarietà ad ogni ulteriore proroga della scadenza dei termini di chiusura del 6 febbraio 2014.¹⁷

A più riprese delegazioni regionali si sono recate negli OPG per valutare concretamente le azioni messe in atto per superare le criticità. (Aversa, Napoli, Castiglion Fiorentino, Reggio Emilia).

¹² Sergio Zavoli, *I giardini di Abele*, Gorizia, Rai, 1968.

¹³ Franco Basaglia, *CHE COS'È LA PSICHIATRIA?*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 1973.

¹⁴ Franco Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

¹⁵ *Resoconto stenografico audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria Democratica, Senato della Repubblica, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, 18 maggio 2011.*

¹⁶ Cesare Bondioli, *Per una chiusura senza proroghe (ovvero: Chi vuole chiudere gli OPG ?)*, Senato della Repubblica – Commissione Igiene e Sanità, Seminario: "Salute mentale, OPG e diritti umani", 11 novembre 2014.

¹⁷ *Comunicato stampa Psichiatria Democratica, 07/02/2014.*

Per quanto riguarda la Sicilia, cito L'incontro con l'allora assessore Borsellino di una delegazione di Psichiatria Democratica, che tra gli altri vide la presenza di Gaetano Interlandi, sull'attuazione del processo di chiusura di Barcellona Pozzo di Gotto del 16 maggio 2013.¹⁸

Abbiamo aderito al comitato STOP OPG, allo scopo di monitorare il processo di superamento OPG e con l'obiettivo di scongiurare una possibile equazione che vedesse le REMS semplicemente sostituire in continuità le funzioni svolte dagli OPG. Così come si è riusciti a bloccare un emendamento alla mai nata riforma penitenziaria che vedeva le REMS come luogo deputato anche all'osservazione psichiatrica per i rei folli.

In ultimo ricordo il ruolo svolto per l'approvazione dei Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza di sicurezza psichiatriche, che il plenum del Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) ha approvato il 25/09/2018.¹⁹

In questa prospettiva Psichiatria Democratica ha offerto la propria competente collaborazione con articolate proposte organiche per il varo dei Protocolli, nel corso della sua audizione davanti alla settima Commissione del CSM, di questa importantissima tappa che potrà favorire, sempre più, la piena integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e l'ordine giudiziario, con ricadute assai positive per il futuro dei pazienti psichiatrici, autori di reato.

5. C'era una volta l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario

I. Premessa

Con la legge 81/2014 si è finalmente giunti al superamento dell'OPG, stabilendo che a fare data dal 31/03/2015 l'esecuzione delle misure di sicurezza, disposte ai sensi degli articoli 219 e 222 del codice penale, deve avvenire presso le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

E' stato dunque introdotto un cambiamento di paradigma nella gestione degli infermi di mente autori di reato, per certi versi paragonabile a quello che fu la 180 per la salute mentale. E' giunto

¹⁸ *Comunicato stampa Psichiatria Democratica, 16/05/2013.*

¹⁹ *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza di sicurezza psichiatriche, Plenum del Consiglio Superiore della Magistratura, del. Prot. n. 15871/18 del 25/09/2018.*

così a compimento il percorso di riordino e passaggio alle ASL dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, iniziato con il DPCM del 2008 e proseguito nel 2010 dopo le ispezioni della *Commissione Marino*,²⁰ che facevano seguito alla forte denuncia della Commissione Europea contro la tortura delle condizioni disumane in cui versavano gli internati dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Aversa e che costarono all'Italia una condanna del Consiglio d'Europa.²¹

Soltanto dopo questi eventi ad Aversa furono eliminati i letti di contenzione!

Così come non si può sottacere il peso rappresentato dalla grave presa di posizione del Presidente Napolitano che nel 2012 aveva definito la persistenza degli OPG in Italia « un autentico orrore indegno di un paese appena civile ». ²²

Ciononostante tante sono state le difficoltà e le criticità che si sono dovute affrontare, tutte legate al fatto che la legge 81/2014 è intervenuta in costanza legislativa, senza modificare cioè gli istituti giuridici del codice penale a fondamento dell'invio in OPG dei soggetti infermi di mente e autori di reato nonché giudicati socialmente pericolosi. E' certamente un limite della legge che ha suscitato critiche e riserve, ma non si possono sottacere gli elementi di novità e discontinuità con il passato che sono stati introdotti. La gestione di queste persone avviene in un ambito completamente sanitario, in carico ai DSM, quindi con un forte legame col territorio, anche se in strutture deputate all'esecuzione della misura di sicurezza detentiva per quei soggetti per i quali il giudice abbia disposto una misura di sicurezza detentive: le REMS quindi prevedono una gestione interna totalmente sanitaria e solo ove necessario, una vigilanza perimetrale cui sono affidati compiti di custodia.

La legge dispone che l'invio in misura di sicurezza detentiva debba essere considerato residuale e limitato a quei casi in cui non siano applicabili misure alternative meno afflittive (per es. arresti domiciliari). Si stabilisce infine che la misura di sicurezza non possa superare come durata quella prevista per il reato ascritto dalla pena edittale e che la pericolosità sociale debba essere valutata a prescindere dall'esistenza di un progetto di presa in carico da parte dei servizi. In questo modo si dovrebbe porre fine ad una pratica invalsa in tutti questi anni per cui l'assenza di presa in carico si traduce automaticamente nella reiterazione della misura di sicurezza, generando quelli che sono stati definiti "*ergastoli bianchi*", per cui soggetti autori di reato di non particolare gravità sono

²⁰ *Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale in data 11 giugno 2011 effettuò un sopralluogo presso gli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e di Aversa.*

²¹ *CPT/Inf (2010) 12 | Section: 45/48 | Date: 09/04/2009 D. Psychiatric establishments / 1. Filippo Saporito Judicial Psychiatric Hospital, Aversa / g. safeguards.*

²² *Discorso di fine anno del 2012.*

rimasti per decenni in OPG. Una sfida, alta, alla capacità delle Regioni di farsi carico di un problema politico e di civiltà da non risolvere unicamente con interventi organizzativi. Possiamo vedere la legge 81/2014 come una cartina di tornasole di questa capacità di governare un processo complesso che comporta anche un ripensamento complessivo del ruolo del SSN nella gestione della salute dei cittadini ed in questo purtroppo le Regioni hanno evidenziato diffuse carenze politico gestionali. Nella maggior parte dei casi si è optato per l'intervento di un privato più o meno sociale, come sempre più spesso avviene nella gestione della sanità ed in questo il superamento degli OP non fa eccezione. E' evidente che forte è il rischio di riproporre gli OPG se non vi è una forte e reale integrazione con il DSM e la sua operatività. L'ulteriore e ben più difficile compito dovrà necessariamente essere la riforma del codice penale in vigore (Codice Rocco di epoca fascista) , in particolare nella parte inerente la controversa definizione. di imputabilità. Ma questa evidentemente è un'altra storia!

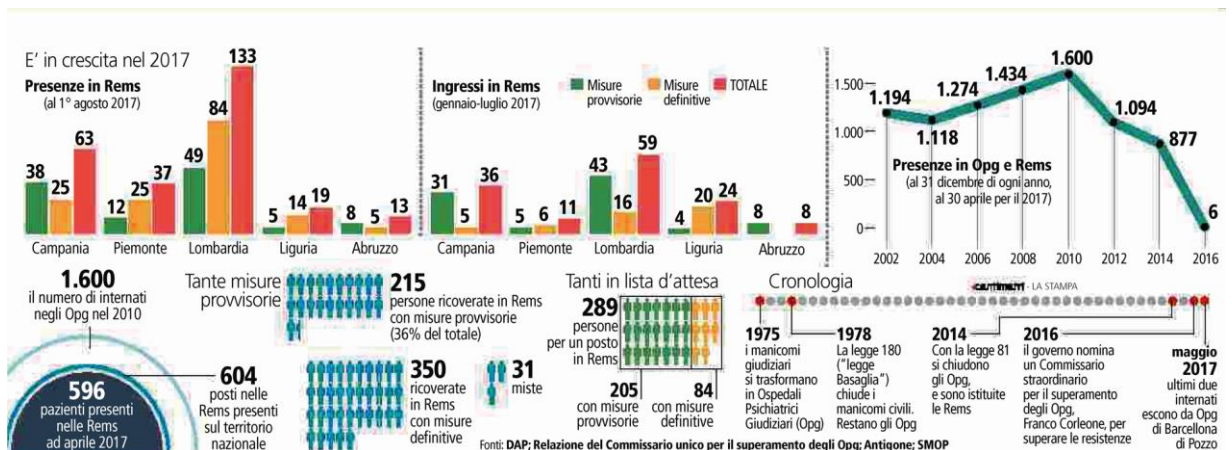
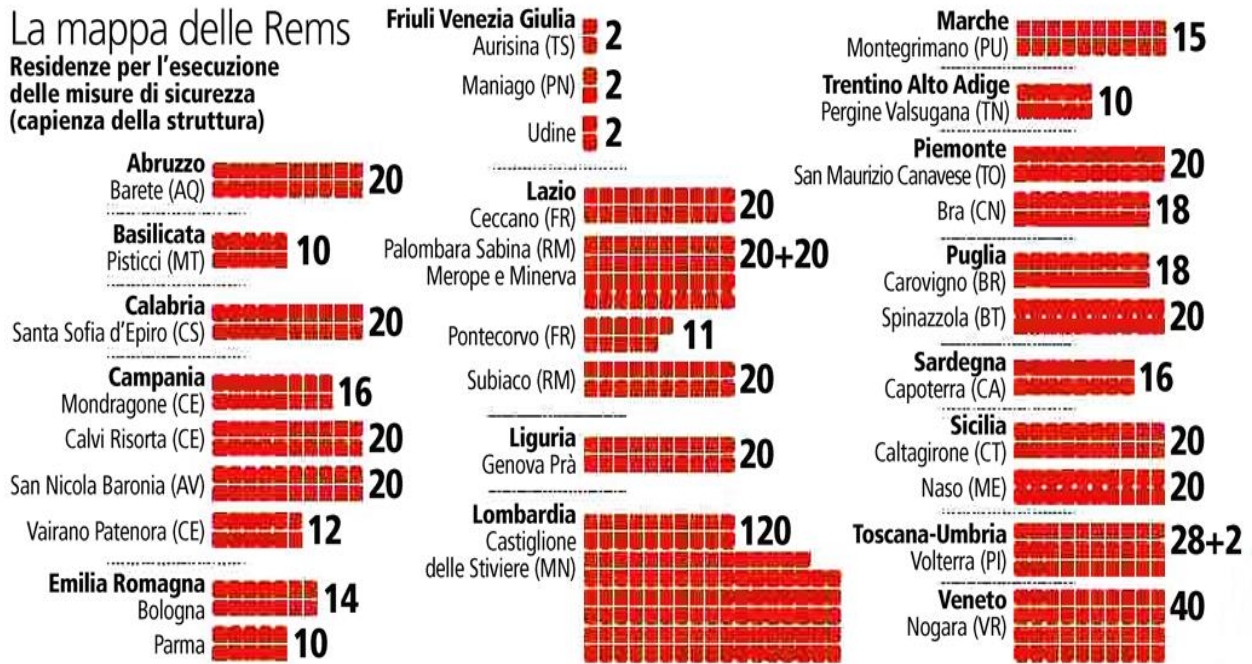
II. Stato dell'arte

A questo punto di questa relazione proviamo a fare il punto sull'attuale stato di applicazione della legge 81/2014, anche alla luce della esperienza maturata in oltre 4 anni di gestione della REMS provvisoria di Mondragone che è stata attivata presso la struttura residenziale ed in stretta integrazione con le attività territoriali della Unità Operativa Salute Mentale 23 della ASL Caserta. Alla data del 20/04/2018 sul territorio nazionale risultano attive 30 REMS per un totale di 604 (+2) posti letto: 591 sono le persone internate (b), mentre al 18/09/2017 erano 596 (a). Di queste 350 persone sono in misura di sicurezza definitiva, 215 in misura di sicurezza provvisoria e 31 sono sottoposte a misure di sicurezza miste (hanno cioè più procedimenti in corso). Al contrario 441 sono le persone con misura di sicurezza in "lista di attesa"; al 18/09/2017 erano 289²³ . Si registra dunque un elevato incremento con una curva crescente anche di 50 persone a settimana.

²³ *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Franco Corleone , 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, pag. 42.*

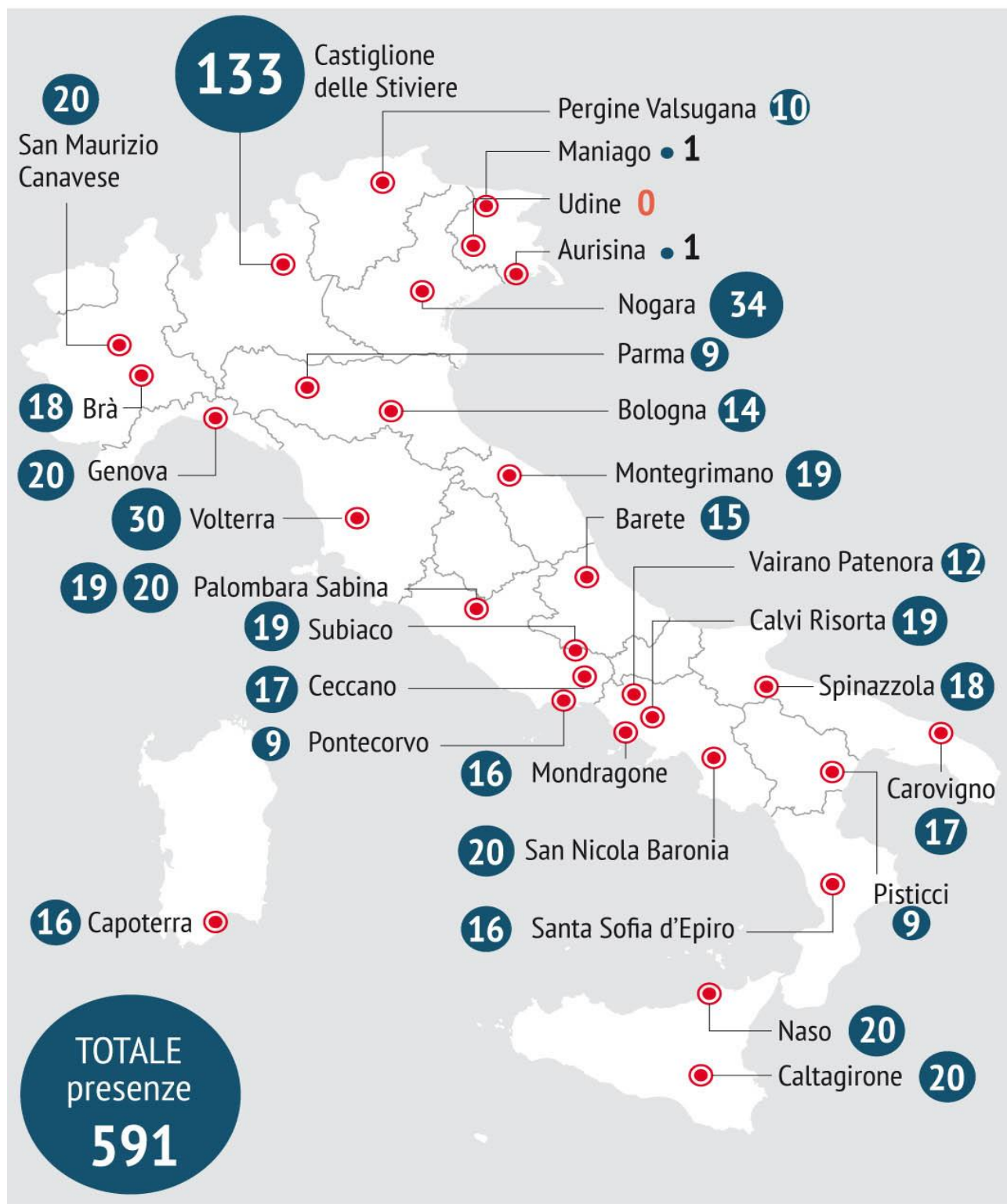
La mappa delle Rems

Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (capienza della struttura)



(da La Stampa, 18 settembre 2017) (a)

I NUMERI



L'EGO

(da Avvenire, 20 aprile 2018) (b)

III. Analisi dei dati

Se paragoniamo questi dati alle presenze negli OPG, alla fase in cui è partito il processo della loro chiusura, gli Internati erano circa 1600 nel 2010, scesi poi a 1200 nel 2012 ed a 877 alla data del 30 novembre 2014, cioè a ridosso della entrata in vigore della legge 81/2014. E' facile capire che se si sommano le attuali presenze in REMS con le persone in lista di attesa si ottiene un numero complessivo di persone in misura di sicurezza pari a 1037, erano 885 al 18/09/2017²⁴, cioè di molto più alto. Basterebbe solo questo dato a farci capire che le misure alternative non risultano essere la risposta prioritaria, come invece dovrebbe essere. Dunque si può affermare che da questo punto di vista poco o nulla è cambiato: cioè le REMS nei fatti sostituiscono gli OPG nella loro funzione.

Entrando nello specifico: i dati delle presenze, suddivisi per posizione giuridica, ci fanno toccare con mano le storture nell'applicazione della legge 81. Anzitutto si rileva che **le persone in misura di sicurezza provvisoria** (il corrispettivo della custodia cautelare in carcere) e dunque coloro che ancora attendono la risoluzione definitiva della loro vicenda processuale **sono 215, pari al 36% del totale**. Un dato lievemente superiore alle custodie cautelari in carcere che costituiscono il 34,6% della popolazione detenuta (ben al di sopra della media europea, ferma al 22%).

Soprattutto scopriamo che ben 441 persone si trovano "in lista d'attesa" e attendono che si liberi un posto in R.E.M.S e che il loro ordine di ricovero emesso dal magistrato venga così eseguito.

Come a dire che per poco più un internato ce n'è uno in attesa.²⁵

Dal 2017 il numero delle misure di sicurezza provvisorie è in aumento; ciò crea problemi di saturazione dei p.l. e quindi la creazione di liste di attesa, con il concreto "rischio" di ineseguibilità della misura stessa.

Sorge spontanea la domanda: se un persona è davvero pericolosa socialmente, come si può attendere che si liberi un posto? Magari aspettando 1 mese a casa, come è avvenuto per una persona poi internata da noi. Forse non vengono percorse tutte le possibili alternative?

²⁴ SENZA OPG **La fine di una storia e il futuro incerto: La fotografia delle R.E.M.S, le "liste d'attesa" e i nodi da risolvere di Michele Miravalle - TORNA IL CARCERE – XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Antigone, 2017).**

²⁵ *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Franco Corleone, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, pag. 42*

Ancora, un dato che risalta è Il numero delle persone senza fissa dimora presenti nelle REMS che è pari a 47, di cui 38 stranieri e 9 italiani. Ora mentre è comprensibile per gli STP, appare meno accettabile che vi siano cittadini italiani SFD. Invece la dimensione della presenza femminile è rappresentata da 46 persone, cioè meno del 10% delle presenze nelle REMS.²⁶

Sono soltanto dodici strutture che ospitano donne. Pontecorvo è una REMS solo femminile e a Castiglione delle Stiviere è dedicato un reparto esclusivamente per donne. Nelle altre dieci strutture la presenza femminile è assai poco consistente rispetto al numero degli uomini ospitati. Occorre dunque evitare che questa condizione assuma un carattere di residualità. Il rischio della marginalità e dell'annullamento della differenza di genere esige una particolare attenzione per valorizzare tempi, spazi e attività corrispondenti alle esigenze e agli interessi delle donne.²⁷

Le differenze osservabili tra le varie R.E.M.S sono significative: il principio dell'uguaglianza di trattamento è fortemente messo in crisi.

Le differenze principali riguardano:

- **le strutture e i sistemi di sicurezza:** ad esempio, la presenza di guardie di vigilanza privata, che possono accedere alle camere di ricovero o di sistemi di videosorveglianza è un tema non banale che non può essere considerato una mera scelta organizzativa;
- **i diritti delle persone ricoverate**, come quelli di tutte le persone private della libertà, non possono essere derogati o compressi: ancora troppe le differenze in tema di rapporti con i familiari, possibilità di comunicare con l'esterno, possibilità di accedere a attività trattamentali, diritto ad essere sottoposti a procedimenti disciplinari "formalizzati";
- **l'uso della contenzione**, che in alcune strutture è pratica quotidiana e in altre viene rifiutato; (*Il rifiuto della contenzione è stato definito come uno dei capi saldi della riforma e seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica, del 24 aprile 2015, si deve rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica. Viene confermato dalle comunicazioni dei Responsabili delle REMS, il non utilizzo della pratica della contenzione meccanica, che però continua a Castiglione delle Stiviere.*) (dalla relazione di Corleone: 918 casi che hanno interessato 59 persone dal 01/01/2015 al 31/03/2016, di cui ben

²⁶ SENZA OPG **La fine di una storia e il futuro incerto:** La fotografia delle R.E.M.S, le "liste d'attesa" e i nodi da risolvere di **Michele Miravalle** - TORNA IL CARCERE – XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Antigone, 2017).

²⁷ Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Franco Corleone , 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, pagg. 43 - 44.

742 hanno riguardato una sola persona!!!); *In alcuni casi viene adottata la contenzione ambientale e comportamentale all'interno di "stanze di deescalation".* Viene comunque dichiarato dai Responsabili che la contenzione è utilizzata solo come *extrema ratio*, per casi gravi, e solo per il tempo strettamente necessario prima dell'applicazione di un TSO).²⁸ La nostra esperienza **no restraint** conferma che la contenzione può essere evitata. Abbiamo continuato ad agire le stesse pratiche che hanno caratterizzato il nostro modo di intendere il lavoro, senza snaturare nulla di quello che già facevamo. Affermando nel concreto che la risposta può essere la presa in carico delle persone, mettendo in primo piano i bisogni di cura e rifiutando un approccio custodialistico. Questo è quello che abbiamo fatto e che si è dimostrato possibile, al di là delle affermazioni di principio. E' dunque possibile fare a meno della contenzione. E' possibile utilizzare proficuamente le buone pratiche della salute mentale anche con persone con misure di sicurezza. E' possibile fare a meno di strumenti, provvedimenti e interventi di tipo custodialistico.

- **il numero di dimissioni**, che, è piuttosto variabile e dimostra quanto la progressività del trattamento terapeutico sia sentita come obiettivo da perseguire per gli operatori ²⁹

Una sostanziale conferma si ottiene dalla lettura dei preliminari risultati dell'indagine che nell'aprile 2019 l'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e Coordinamento REMS-DSM hanno portato avanti con l'invio di un questionario a tutte le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) al fine di ottenere dati aggiornati sulle dotazioni e sul funzionamento delle strutture stesse a partire dalla data della loro apertura. ³⁰

Solo 25 delle 30 REMS attive hanno risposto.

Il periodo d'indagine va dal 1 aprile 2015 a marzo 2019 e pertanto i dati sono riferiti a periodi diversi di funzionamento (con una media per struttura di circa 36 mesi).

²⁸ Il lato oscuro delle Rems: metà dei pazienti rinchiusi prima ancora del giudizio, numero speciale de La Stampa, 18/09/2017.

²⁹ SENZA OPG **La fine di una storia e il futuro incerto: La fotografia delle R.E.M.S., le "liste d'attesa" e i nodi da risolvere di Michele Miravalle** - TORNA IL CARCERE – XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Antigone, 2017 .

³⁰ Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.), Elaborazione questionari a cura di Pietro Pellegrini, Chiara Visentini, Leonardo Tadonio e Clara Pellegrini, D:A.I.S.M.D.P. AUSL PARMA, 2019.

Stato giuridico pazienti in REMS

	<i>N</i> Misure di sicurezza definitive	<i>N</i> Misure di sicurezza provvisorie	<i>N</i> Misure di sicurezza miste	Totale
N	347	167	12	526
%	66,0	31,7	2,3	100

Al momento della rilevazione i pazienti presenti erano **526** , di cui 10,6% di sesso femminile. Di questi 347 (66%) sono soggetti a misure di sicurezza definitive, 167 (31,7%) a misure di sicurezza provvisorie, 12 (2,3%) a misure miste. Per quanto riguarda la provenienza il 41,4% è entrato da condizioni di libertà, il 39,7% dal carcere, il 10,1% dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il 2,7% da altra REMS ed il restante 6,1% da altre strutture di ricovero (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, residenza ecc.).

Alla luce di questi dati viene da chiedersi se per persone in stato di libertà non sia possibile applicare misure non detentive alternative, come la libertà vigilata. A maggior ragione, vista la provenienza dagli II.PP. occorre comprendere se non siano possibili alternative alla REMS . Lo stesso per gli ingressi di utenti già ricoverati in altre strutture del DSM come SPDC o residenza.

Comunque resta alta la percentuale delle misure provvisorie, anche se diminuite rispetto alla rilevazione 2018 a cura di Franco Corleone quando risultavano il 37,5%.

Pazienti transitati in REMS dall'apertura

N totale transitati	N F transitate	F transitate (%)	N totale dimessi	dimessi su transitati (%)	N totale reingressi	reingressi su transitati (%)
1580	181	11,5	1029	65,1	51	3,2

Dall'analisi dei dati risulta che le persone transitate nelle REMS dalla data della loro apertura (che varia da struttura a struttura e che va dal 01/04/2015 al 11/03/2019) sono state complessivamente **1580**, di cui 11,5% di sesso femminile, mentre le persone dimesse sono state **1029** (65,1% delle transitate e che rappresenta un dato significativo). Il totale dei re-ingressi è pari a 51 (3,2% dei transitati).

Le persone in **lista d'attesa** risultano pari a 390. Si segnala che 5 strutture non riportano pazienti in lista d'attesa e che in una singola struttura ne risultano 122 (31,3% del totale).

Lista di attesa per quanto non completa e non gestita dalle REMS ma dal DAP (e talora con coordinamenti regionali), pare significativa (390 persone) seppure concentrata in alcune aree definite, il 60% in 4 regioni, secondo la rilevazione 2018 di Corleone³¹ ed in ulteriore crescita secondo i dati dell'Associazione Antigone.³²

Sulla base di questi dati viene da chiedersi se effettivamente la REMS sia l'estrema ratio?

Eventi critici REMS

	N totale transitati	TSO	Contenzioni	Suicidi	Tentati suicidi	Aggressioni a pz.	Aggressioni a op.	Allontanamen ti
N	1580	90	80	4	4	202	161	98
% sui totale transitati		5,7	5,1	0,3	0,3	12,8	10,2	6,2

Le strutture che non hanno utilizzato contenzioni durante il ricovero sono complessivamente 18 (75%), 5 riportano un uso delle contenzioni al di sotto del 10% dei transitati e una sola struttura oltre il 10%. I 4 suicidi sono avvenuti in 3 strutture. Le aggressioni ad altro paziente risultano assenti in 5 strutture così come le aggressioni ad operatori, mentre appaiono distribuite in modo piuttosto eterogeneo nelle altre strutture.

IV. L'esperienza della REMS provvisoria di Mondragone

E' stata la prima REMS attivata in Campania (e sicuramente tra le prime in tutta Italia) , frutto di un progetto di intesa nella ASL di Caserta, tra la Unità Operativa Salute Mentale 23 e la Unità Operativa Complessa Tutela Salute in Carcere. Le funzioni di REMS provvisoria si svolgono presso la struttura residenziale della UOSM 23 e sono sempre più connotate da una forte integrazione con le attività riabilitative e di tutela della salute mentale già qui attive da tempo. Massima è la cura rivolta a mantenere una costante attenzione su pratiche di deistituzionalizzazione: al centro

³¹ *Lista di attesa (26 giugno 2018): 468 persone di cui 57 negli istituti di pena; Sicilia 105, Campania 64, Lazio 56; Calabria 55.*

³² *Gli internati effettivamente ricoverati in REMS sono 629, in lista di attesa (maggio 2019): 603 persone, molte concentrate nelle Regioni del Sud(sono 114 solo in Sicilia, 67 in Calabria, 86 in Campania): " Tornano i manicomi(in carcere)? " , in XV rapporto sulle condizioni di detenzione, Associazione Antigone, maggio 2019.*

delle pratiche, nell'ottica *basagliana* vi è il paziente, non la malattia. La scommessa è dunque nella riuscita di una integrazione vera, mirata all'abbattimento dello stigma legato alla figura del *folle reo*. L'obiettivo dichiarato è quello di procedere ad una reale presa in carico degli internati (così come purtroppo ancora vengono etichettati i pazienti), scongiurando il concreto rischio di riproporre una logica manicomiale attraverso contenitori separati dal lavoro di salute mentale territoriale. Solo così a nostro avviso è davvero possibile assicurare gli interventi di cura e di riabilitazione che rappresentano il reale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e aggiungere un ulteriore tassello verso il completamento della riforma psichiatrica varata con la legge 180 del 1978. In questa ottica inizialmente sono stati dedicati 8 dei 16 posti letto esistenti, prevedendo una piena integrazione e commistione con la UOSM 23, sia degli operatori, sia degli utenti in residenza che quelli frequentanti il Centro Diurno. Successivamente i posti letto a disposizione sono diventati 16, ma solo per poter permettere la chiusura dell'OPG di Aversa nei tempi imposti dalla legge.

Si è privilegiata la responsabilità territoriale della presa in carico delle persone con misura di sicurezza, operando in stretto rapporto di collaborazione e di sprone con le Unità Operative di Salute Mentale di competenza dei singoli *internati*, con l'obiettivo di proporre alla magistratura di riferimento modalità condivise di cura e presa in carico alternative alla REMS. Tuttavia spesso si sono riscontrate difficoltà nel farsene carico, nell'ipotesi migliore sono stati prospettati ipotesi di delega al privato, magari sociale, ma ben lontano dai luoghi di residenza delle persone. Con la riproposizione della istituzionalizzazione manicomiale : "recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere". E' palese come troppo spesso il ricorso al ricovero in REMS non è apparso come evento residuale, solo dopo aver esperito la possibilità di misure alternative come la legge 81/2014 indica, ma al contrario come principale e fondamentale strumento di risposta alle problematiche penali dei prosciolti. Nelle REMS infatti troppo spesso si scontano i fallimenti terapeutici dei servizi, si evidenziano rapporti deteriorati, spesso caratterizzati da reciproco rifiuto.

Non è stato e non è un percorso semplice. E' stato del tutto ovvio constatare come le logiche istituzionali tendano a riprodursi, incuranti dei luoghi e delle persone coinvolte. Così gli operatori inviati a supporto ed integrazione con quelli della UOSM, si sono spesso dimostrati i più istituzionalizzati, legati a pratiche deresponsabilizzanti per loro stessi e gli utenti, correndo il

rischio di far prevalere logiche di “controllo” e di “minimizzazione del rischio” di paventate responsabilità legali. Per questo tipo di operatori sono dure a morire le stereotipate convinzioni sulla pericolosità sociale e sulla non emendabilità della malattia mentale: le stesse logiche che sono state alla base del costituirsi delle istituzioni totali manicomiali! Dunque per molti operatori sanitari e sociosanitari assegnati alla REMS, per lo più con rapporto di lavoro precario e con esperienza certe volte anche brevissima di lavoro in OPG, la struttura è apparsa “**troppo aperta**” e dunque offre “**occasioni di pericolo per le persone a vario titolo ivi ospitate**”. Con questa prospettiva l’affrontamento degli eventi critici, che inevitabilmente si sono presentati, è apparso spesso inquinato da false paure e preoccupazioni circa possibili ripercussioni di ordine penale. Figurarsi di fronte ad allontanamenti dalla struttura che di per sé non si configurano come evasione, ma che comunque sollecitavano quantomeno “*rimpianti della sicurezza garantita dall’OPG*” !

All’opposto, tutti gli operatori della UOSM hanno vissuto la difficoltà legata alla restrizione/mancaza di libertà che comunque accompagna le misure di sicurezza. Una condizione a cui noi tutti non siamo abituati, avendo ormai come stile di lavoro consolidato negli anni un modello centrato sulle persone e fondato sui diritti e sul rifiuto all’internamento. Lo stesso dicasi per il ricorso alla contenzione meccanica, da noi categoricamente esclusa e mai praticata, ma che viene ancora effettuata in alcune REMS. Il vivere tutti insieme in un clima di deistituzionalizzazione è stata la vera arma riabilitativa; ciò comporta impegno e lavoro e può essere una fonte di burn – out , se non si supporta concretamente gli operatori motivati che comunque rappresentano la maggioranza. Altro aspetto non secondario è rappresentato dalla buona integrazione nel contesto territoriale della UOSM 23, consolidatasi negli anni e che ci ha permesso di siglare un protocollo d’intesa con l’Ente Locale teso a prevedere programmi di inclusione sociale, attraverso lavori di pubblica utilità. In questa ottica l’esperienza di Mondragone si pone e viene riconosciuta come punto di riferimento anche a livello nazionale.³³

Tuttavia non si possono sottacere le difficoltà che almeno inizialmente hanno contraddistinto i rapporti con il DAP: continue richieste di posti letto, incuranti del numero massimo previsto dalle autorizzazioni all’esercizio delle attività della struttura, così come l’assegnazione *random* delle

³³ Enrica Brocardo, *I MANICOMI OGGI IN ITALIA*, Vanity Fair n. 19 – 16 maggio 2018, pag. 34.

persone. In questo modo i primi *internati* provenivano dal Lazio e dalla Sicilia. Tanto che al momento vi sono ancora pazienti della ASL di Avellino e della NA 3 Sud !

Nei fatti anche la Magistratura, di Sorveglianza o di cognizione, sostanzialmente ha equiparato le REMS agli OPG: ogni possibile intervento a fini riabilitativi che comporta l'uscita dalla struttura va prioritariamente autorizzato. Così spesso si sono avute per le stesse persone risposte di segno opposto. Così come dovendo chiedere alla Magistratura di cognizione per i pazienti in misura provvisoria, si sono dovute fare richieste a Magistrati di tutta la Campania, spesso senza risposta, creando di fatto disparità evidenti e diseguaglianze tra persona e persona, con tutte le ricadute negative nella relazione terapeutico - riabilitativa. Queste contraddizioni sono andate a sommarsi alla già precaria condizione degli "internati" che sono rappresentati da "pazienti ad alto carico" e "fallimenti" dei Servizi di Salute Mentale, ove spesso si scontano "rifiuti" da ambo le parti.

Altro aspetto critico è rappresentato dalle liste di attesa: se un persona è davvero pericolosa socialmente, come si può attendere che si liberi un posto? Magari aspettando 1 mese a casa, come è avvenuto per una persona poi internata da noi. Forse non vengono percorse tutte le possibili alternative?

In ultimo, ma non per ultimo ricordo le difficoltà che sono state rappresentate dalla presenza di pazienti con disturbo di personalità. Dunque persone che grazie ad un "discreto" funzionamento sociale, hanno "prevaricato" a dispetto dei gravi pazienti psicotici, fragili e privi di potere contrattuale.³⁴

V. Provvisorie conclusioni

Ribadiamo dunque come le R.E.M.S per la legge 81/14 debbano rappresentare l'extrema ratio: una soluzione estrema e residuale, solo ed esclusivamente per quei pazienti per cui ogni altra soluzione meno restrittiva (ad esempio la libertà vigilata in una comunità protetta o al domicilio o l'affidamento ai servizi di salute mentale del territorio...) sia inadeguata e, in più, per il tempo strettamente necessario.

³⁴ *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Franco Corleone, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, pagg. 43,44.*

Devono essere intese come vere “strutture intermedie”, dove non governi la logica della segregazione manicomiale, dove vi sia una reale presa in carico della malattia mentale creando concrete opportunità di **recovery**.

Ogni persona deve seguire un Programma Terapeutico Individuale, che “riempia di senso” il suo tempo.

La responsabilità della presa in carico delle persone con misura di sicurezza, deve dunque rimanere in capo ai S.S.M territoriali, con i quali operare in stretto rapporto di collaborazione con l’obiettivo di proporre alla magistratura di riferimento, che continua a mantenere il “governo” della misura di sicurezza, modalità condivise di cura e presa in carico alternative alla REMS..

Proprio con questo obiettivo e non vanificare l’applicazione della legge intasando le REMS, come Psichiatria Democratica, abbiamo proposto di attivare, in ogni Regione e Azienda USL, dei **Protocolli Operativi Vincolanti** tra Dipartimenti di Salute Mentale e Magistratura di ogni grado, per una tempestiva e costante nel tempo, presa in carico dei pazienti psichiatrici con problematiche giudiziarie, al fine di trovare, sul territorio, insieme, la modalità più consona ai loro bisogni di cura e assistenza utilizzando in pieno le alternative previste dalla legge.

Un primo concreto passo in questo senso è stato fatto a Benevento, dove con lo stimolo della Procura, è stato firmato un accordo operativo che prevede opportune procedure, modalità operative di collaborazione tra Magistrato, ASL BN E AV, DSM, UEPE, perito o CTU, anche con l’adozione di uno schema di quesito concordato che consenta al Magistrato, una conoscenza aggiornata delle soluzioni offerte dai servizi sanitari per la singola persona interessata dal procedimento penale.

Ed è proprio in questo senso si è espresso il Plenum del Consiglio Superiore della Magistratura , con la “ Risoluzione sui Protocolli Operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche”, che testualmente recita: “.... attraverso la presa in carico, il lavoro e la socializzazione che possono garantire la salute mentale dei pazienti e al contempo la sicurezza dei cittadini.... L’attuazione del protocollo dovrebbe poter essere la più tempestiva possibile, è opportuno, dunque, che le risorse operative siano attivate al primo momento utile rispetto alla notizia di reato...”³⁵

Dobbiamo dunque celermente procedere verso il superamento delle REMS!

La deistituzionalizzazione è un processo continuo!

³⁵ Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza di sicurezza psichiatriche, Plenum del Consiglio Superiore della Magistratura , del. Prot. n. 15871/18 del 25/09/2018.

Concretamente nella nostra esperienza, con questi presupposti e al di là di tutte le criticità, l'obiettivo prefissato può dirsi raggiunto. Ai sensi del DGR Campania n. 716 del 13.11.2016, si è passati ad una seconda fase del progetto in cui progressivamente le funzioni di REMS provvisoria stanno cedendo il passo a quelle più squisitamente terapeutico - riabilitative, di stretta competenza ordinaria dei servizi di salute mentale. Nel pieno spirito della legge 81/2014, che tra l'altro ha ridotto il numero di posti REMS a favore dell'utilizzo delle risorse derivanti per il potenziamento dei DSM, l'attenzione è dedicata a programmi di contrasto delle misure di sicurezza.

In questa ottica dal 31/03/2017 si è avviata la progressiva chiusura e riconversione per l'accoglienza di persone con misura alternativa. Il programma prevede dunque un ritorno alla operatività ordinaria territoriale, con una parziale riserva di posti letto per la gestione di n. 8 pazienti con misura di sicurezza non detentiva (per es. libertà vigilata) residenti nel territorio della ASL di Caserta.

L'alternativa agli OPG è dunque sostanziata da piccole strutture, con pochi posti letto, strettamente integrate/legate ai S.S.M. territoriali e che dunque svolgano " funzioni di REMS " e non strutture separate ed autonome, magari a gestione esclusiva della Medicina Penitenziaria. Fatto questo che le trasformerebbe in mini - OPG. Questo obiettivo passa attraverso il necessario potenziamento per fare questo è necessario attrezzare i CSM per l'affidamento preventivo al territorio, assumendo personale ed approntando magari risposte residenziali, favorendo l'integrazione e la condivisione di spazi, percorsi e personale nei Servizi territoriali anche con il coinvolgimento delle compagini sociali.