

“Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiodere” Un commento dello psichiatra

Pietro PELLEGRINI*

AUSL di Parma, Dip. Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche

L'incontro tra psichiatria e giustizia è sempre complesso ed è quindi molto apprezzabile la chiarezza dell'Autrice la quale delinea in modo ineccepibile quali siano, oggi, i presupposti e i requisiti della cura in psichiatria. Una cura fondata su consenso, responsabilità, libertà e partecipazione che devono essere attuati, incarnati nelle pratiche, in percorsi e non necessariamente in luoghi specifici e dedicati.

L'idea che il malato mentale sia incapace, irresponsabile, improduttivo e debba essere sempre controllato e addirittura custodito (ovviamente per il suo bene!) è stata superata da tempo in favore di una visione che vede in primo piano la persona, i suoi bisogni, le sue risorse e aspettative, l'insieme delle sue relazioni familiari e di contesto.

Una visione che dovrebbe essere comune a tutti. Chi è chiamato (e rivendica) un ruolo sanitario, sociale o giudiziario deve fare i conti con questa complessità, esplicitare come si relaziona, come mette in atto i dispositivi di propria competenza di fronte al bisogno, al disagio, alla sofferenza e alle possibili violazioni.

È interessante il caso concreto dal quale parte tutta la vicenda che ha portato all'Ordinanza del Tribunale di Tivoli. Una vicenda che implicava accoglienza, ascolto, un'altra analisi e interventi sociali e sanitari diversi in un'ottica di tipo preventivo e territoriale (ad es. un budget di salute) e, aggiungo, di corretto utilizzo delle risorse.

* Contatto: Pietro PELLEGRINI | ppellegrini@ausl.pr.it



Ma quel che più rileva è: quali diritti si intende tutelare? E che tipo di potere esercitare? Il potere di eseguire che cosa? A questo riguardo l’articolo ben evidenzia la confusione tra misura di sicurezza detentiva (inserita nelle misure ‘amministrative’), pena detentiva e custodia cautelare. Si tratta di istituti giuridici diversi, tuttavia quanto accade quotidianamente è doloroso da osservare, iniquo e, dal punto di vista terapeutico, assai dannoso: la misura di sicurezza viene ad assumere nella pratica altri connotati e significati, creando nelle persone, già in difficoltà per svariati motivi compreso lo stesso proscioglimento, un’atmosfera confusa, quasi kafkiana, nella quale scadenze, comunicazioni e garanzie diventano vaghe, imprevedibili e quasi non pensabili. Una situazione insalubre e rischiosa per la salute mentale.

Ancora si presume che si debba eseguire una misura collocando qualcuno in un luogo, magari anche lontano dalla propria residenza, che sarà al tempo stesso custodiale e terapeutico, due condizioni antitetiche. L’esperienza degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) lo ha dimostrato chiaramente e lo sradicamento territoriale è spesso un ulteriore trauma. Per quanto le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) abbiano in parte ereditato aspetti contenitivi dall’OPG, sono per natura ‘Residenze’, case, pertanto molto diverse da un’istituzione, un ospedale giudiziario, e quel che più rileva è la loro intrinseca fragilità, limitatezza e la connessione con il territorio, che spinge ad una loro evoluzione verso una sempre maggiore permeabilità interno-esterno e ad una prospettiva di libertà. A curare è la relazione, l’apertura alla comunità, e questo dovrebbe trasformare le REMS in ‘Percorsi per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza’ (PEMS).

In quest’ottica, la vigilanza perimetrale, significativamente affidata non al Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) ma alle Forze dell’Ordine che operano nella comunità, non è quella della struttura fisica ma quella del percorso. Non si tratta di presidiare luoghi ma di sostenere e vigilare con strumenti nuovi (anche di tipo tecnologico) come le persone costruiscono relazioni, svolgono attività e le vivono nel loro mondo interno.

Una sorveglianza dinamica, sempre più immateriale e fondata su fiducia, contrattualità e responsabilità affinché si crei il senso del limite interiore, il controllo sul proprio comportamento in un quadro complesso di sistema interistituzionale, del quale la terapia (e il lavoro sul mondo interiore anziché solo sul comportamento) viene ad essere



componente essenziale, insieme ad interventi sociali, formativi, lavorativi, educativi e di controllo per la prevenzione di nuovi reati, in grado di gestire adeguatamente i rischi e valutare esiti e benefici. È questa la chiave per affrontare il tema della prevenzione di reati come i femminicidi e le violenze intrafamiliari. Una via che la riforma “gentile” ha indicato come possibile, un segno che ogni cambiamento nel trattamento delle persone con disturbi mentali marca la creazione di un nuovo ‘patto sociale’ che riguarda tutti. È questa la via che va perseguita e coraggiosamente proseguita.

L’autrice chiarisce bene la differenza fra Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi e le caratteristiche del ricovero in REMS, che si configura come un intervento di/nella comunità. Quindi non possono venire meno le condizioni della volontarietà delle cure, del numero chiuso, della territorialità, della non coercizione. Del tutto irrealistica è la richiesta di applicare l’ordinamento penitenziario nelle REMS. Occorre piuttosto fare un passo avanti anche dal punto di vista terminologico: persone ospiti e non internati o minorati! I Regolamenti delle REMS e i Percorsi Terapeutico Riabilitativi (PTRI) nell’ambito di quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale sono i nuovi riferimenti.

Questa visione non risulta affatto neutrale quando si cerca di quantificare il fabbisogno di posti (REMS o altro tipo) e le risorse necessarie non tanto per cercare collocazioni (‘dove lo metto?’) ma per costruire percorsi (‘cosa facciamo insieme?’).

La cura psichiatrica non può contenere al proprio interno il controllo, la custodia, la prevenzione della commissione di altri reati. Può concorrere al raggiungimento di una migliore condizione di salute e nel farlo la psichiatria attuale segue criteri tecnico-scientifici orientati all’appropriatezza, alla modulazione dell’intensità di cura, all’efficacia e all’efficienza. La gestione dei processi ha un carattere unitario in una logica di comunità e con il superamento degli Ospedali Psichiatrici, compresi quelli Giudiziari, la comunità sociale diviene essenziale per cura, riabilitazione e inclusione sociale. Non è cambiato solo il luogo di esecuzione delle misure di sicurezza detentive ma anche la loro natura e finalità, rendendo centrale la cura¹ rispetto alla privazione della libertà e alla custodia².

¹ La sentenza 253/2003 della Corte Costituzionale in riferimento alle misure di sicurezza, afferma che esse rispondono contemporaneamente ad entrambe le finalità, collegate e non scindibili di assicurare cure adeguate e contenere la pericolosità sociale, ed aggiunge che “le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno anziché vantaggio, alla salute del paziente”.



Infatti, la legge 81/2014 considera residuale il ricorso alle misure di sicurezza detentive e soprattutto prevede che per la loro disposizione non possano essere prese in considerazione “le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo” (art.133 c.p. comma 2 punto 4). Seppure indirettamente, viene con ciò indicato che i servizi sociali e sanitari debbano operare per rimuovere le condizioni personali, familiari e sociali che incidono nel determinare in OPG i c.d. ‘ergastoli bianchi’ ed ora creano situazioni di stallo e indimissibilità nelle REMS e nei Servizi psichiatrici. In altre parole, si indica di affrontare i determinanti sociali della salute. Un punto che va tradotto nelle pratiche operative anche di tipo preventivo.

La prospettiva della cura e del reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali ha assunto un ruolo centrale e, per quanto attiene la sanità, vede un sistema unitario che va dalle attività in Istituto di Pena fino alla casa della persona. Questo rende evidente come logiche binarie fondate su norme rigide ed automatismi (incompatibilità della misura di sicurezza detentiva con il carcere) debbano essere sostituite da criteri condivisi, da flessibilità, dalla capacità di creare percorsi di continuità delle esperienze, costruiti con/per la persona e coinvolgendo il suo contesto di riferimento (‘intervento bifocale’). Si tratta di procedere nella via della responsabilizzazione, dell’elaborazione dei vissuti, della riparazione possibile, della conciliazione.

Attuare misure giudiziarie e di cura di comunità comporta la necessità di affrontare le condizioni cliniche ed insieme le condizioni di lavoro, alloggio, reddito, i problemi familiari e sociali. Per questo serve una cultura dei diritti/doveri, nuove risorse di personale e strumenti nuovi (es. Budget di Salute), creando insieme a servizi sociali, UEPE, Forze dell’Ordine, Magistratura, un ‘doppio patto’ (per la cura e la sicurezza) con la persona.

Non più un modello dicotomico (uno per i sani e l’altro per i malati di mente) ma un modello multimodale ‘a matrice’ dove s’incrociano a più livelli bisogni di cura (diritto alla salute) e di rieducazione/riabilitazione, necessità di controllo, custodia per prevenire nuovi reati (diritto alla sicurezza), ed esigenze giudiziarie (diritto alla giustizia).

² A questo proposito va constatato come diverse REMS abbiano ereditato approcci di controllo presenti in OPG ma non sempre in linea con le esigenze della cura e la tutela dei diritti. Vi è ancora aperto il tema dei Regolamenti delle REMS che non possono applicare quello Penitenziario.



Non si può parlare di fallimento della legge 81/2014 in quanto la libertà vigilata è divenuta prevalente e da una stima il rapporto tra il numero di persone con libertà vigilata e misure di sicurezza detentive è di 10/1. Il 65-70% delle persone con libertà vigilata sono ospiti delle Residenze Psichiatriche³.

Nel nuovo contesto operativo, la collocazione in REMS non fa venire meno il bisogno di controllo sociale, che spetta alle Forze dell'Ordine, per tutelare la comunità e fronteggiare il rischio antisociale e criminale anche della persona con disturbi mentali.

Il paradigma dei trattamenti di salute mentale attuali, orientati all'inclusione sociale e alla *recovery*, ha sostituito quello custodialistico, nella sostanza sanzionatorio, dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Oggi si tratta di completare la riforma senza pericolose involuzioni. Inserire qualcuno in un progetto di cura (ma anche in una misura giudiziaria di comunità) implica un lavoro complesso che va ben al di là delle competenze del DAP, che non sa né inserire, né tanto meno ha competenze per curare. Infatti, si tratta di uscire da una logica esecutiva, burocratica, operativa e delegante in favore di assunzione di reciproche responsabilità.

Né si può pensare che la cura si possa fare a condizioni poste da altri, su persone inviate in modo inappropriato e senza adeguate valutazioni. I medici devono essere liberi di curare secondo principi tecnico-scientifici di appropriatezza, efficacia ed efficienza che prevedono livelli di cura precisi. Non si può curare tornando alla legge 36 del 1904. A questo proposito appare del tutto inappropriato l'utilizzo degli SPDC per mere ragioni giudiziarie.

L'augurio è che la sentenza della Corte valorizzi il percorso di riforma, faciliti e stimoli quel lavoro congiunto tra giustizia e psichiatria, auspicato sia dal Consiglio Superiore della Magistratura sia dal Comitato Nazionale per la Bioetica⁴.

³ P. Pellegrini, G. Paulillo, V. Giannattasio, M. Mozzani (2018) "Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato", *Sestante*, 6, pp. 45 ss. Stimando in circa 4.500 le persone con misure giudiziarie ospiti di Residenze Psichiatriche, esse occupano il 15% dei posti con un impegno di spesa sanitaria pari a circa 200 milioni di Euro/anno.

⁴ Risoluzione Fasc. 37/PP/2016, 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, scaricabile dal sito di La società della ragione, <https://www.societadellaragione.it>.

Comitato Nazionale per la Bioetica (2017) *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi di bioetica*, parere del 21 settembre 2017.



Sarebbe assai pericoloso un ritorno indietro del sistema e ciò renderebbe impossibile alla sanità la gestione delle strutture e i percorsi di cura. L’inserimento in un percorso diagnostico e terapeutico ha precise indicazioni, condizioni, livelli di assistenza che vanno altamente personalizzati e devono essere rigorosamente rispettati.

Eseguire al meglio una misura di sicurezza implica la presenza di un programma di cura che si realizza solo con modalità che vedono la posizione dei sanitari e il mandato terapeutico come centrali e decisivi. Altrimenti la misura in se stessa come si esplica? Con quali interventi? Viene citata la questione della lista di attesa, dalla quale muove l’Ordinanza di Tivoli, per rivendicare un ruolo del DAP e altri posti REMS? Le liste di attesa vanno risolte e per questo vi sono ipotesi e proposte concrete che anche l’Autrice in parte riporta.

Occorre passare dalla lista di attesa per un posto all’attesa di un cambiamento, di un progetto condiviso da sviluppare insieme nella concretezza della vita e delle situazioni. Occorre farlo per tutti e subito, per rispondere all’attesa di vita delle persone, al loro presente per costruire il futuro. Attesa di incontri, diritti, speranze, evitando la solitudine e l’abbandono. Un profondo cambio di paradigma che permette di capire come e cosa si vuole fare.

Questo ha un forte impatto anche sulla programmazione dei servizi. Ad esempio, prima della 180 i posti in manicomio erano circa 100.000, adesso tutti i posti residenziali e ospedalieri sono circa un terzo. La cura nel nuovo sistema si svolge nel territorio: è la casa della persona il primo e principale luogo di cura, anche per l’autore di reato.

Per quanto si siano fatti sforzi per la chiusura degli OPG, vi è da rilevare che l’utilizzo delle REMS può notevolmente migliorare: solo la metà dei posti REMS sono destinati a misure definitive, il 41% a misure provvisorie e quelle ai sensi dell’art. 219 c.p. Questi dati richiederebbero un forte ripensamento dei percorsi giudiziari anche ai fini della migliore realizzazione della diagnosi e delle cure, che devono essere impostate secondo il modello biopsicosociale.

Se si vuole mettere in discussione il principio della gestione esclusivamente sanitaria delle REMS e permettere al DAP di assegnare alle strutture i soggetti sottoposti a misura di sicurezza, anche superando i principi di territorialità e del numero chiuso delle strutture, si commetterebbe un gravissimo errore rischiando di minare gravemente il diritto alla salute,



che invece va costruito con un'azione congiunta, sociale e sanitaria di concerto, per gli autori di reato, con la giustizia.

Concordo pienamente con le conclusioni di Katia Poneti!

