Laboratorio OPG/REMS

(coordinamento: Matteo Pecorini, Katia Poneti, Evelin Tavormina)

Il lavoro del laboratorio si è svolto attraverso due incontri: l'8 e il 30 gennaio 2019. All'incontro dell'8 gennaio hanno partecipato, oltre alla coordinatrice Evelin Tavormina, Franco Corleone, Giulia Melani, Letizia Lo Conte, Alessandra Meo, Michele Passione, Vittorio Gasparrini, Luca Castelletti, Salvatore Tassinari e Carlo Piazza. All'incontro del 30 gennaio hanno partecipato, oltre ai coordinatori Katia Poneti, Matteo Pecorini ed Evelin Tavormina, Franco Corleone, Michele Passione, Luca Castelletti, Vittorio Gasparrini, Giulia Melani, Mariasole Monaldi, Alessandra Meo. Partecipanti on line: Franco Maisto.

Sono stati condivisi nel gruppo alcuni documenti che hanno arricchito la discussione:

1. Stanley Cohen*, The Punitive City: Notes of the Dispersal of Social Control*, Contemporary Crises 3 (1979) 339-363
2. Corte Costituzionale Sentenza 250/2018
3. Ordinanza su richiesta di archiviazione del Tribunale di Roma, sezione Gip, Proc. Pen. N. 55495/17 R.N.R. dell'8 gennaio 2019
4. Ministero della Giustizia, Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Direzione Generale della Giustizia Penale Ufficio III -Area Statistiche, Serie storica proscioglimenti per vizio di mente , con misure di sicurezza e relative modifiche anni 1986-2012

Finalità e confini tematici e temporali del laboratorio

Il laboratorio ha preso atto e discusso il quadro normativo che è uscito dalla recente riforma legislativa che ha portato alla chiusura degli OPG (Leggi 9/2012 e 81/2014). Dalla riforma è nato un nuovo approccio alle misure di sicurezza per i non imputabili: il sistema delle REMS che, in coordinamento con i servizi di salute mentale sul territorio, ha il compito di prendersi cura delle persone con patologia psichiatrica che commettono reati. Le belle novità del nuovo approccio sono la centralità della salute della persona e la territorialità della cura psichiatrica.

Nella riforma, e nei successivi tentativi di intervenire sul sistema penale e penitenziario, fino all'attuazione solo parziale della delega legislativa contenuta nella Legge 103/2017, è mancata una rivisitazione più profonda del sistema delle misure di sicurezza, a partire dall'idea dirimente che la persona con patologia psichiatrica sia incapace di comprendere le proprie azioni, e dunque irresponsabile per queste.

Nel nuovo approccio, pur rivoluzionario, alla salute mentale degli autori di reato è altresì mancata una definizione più precisa dei mezzi, e dei modi, per arrivare all'obiettivo della cura di persone considerate pericolose in ragione delle loro azioni. Questo ha creato una varietà di modelli regionali, del resto in armonia con la competenza sanitaria assegnata dalla Costituzione alle Regioni: modelli che richiedono comprensione, comparazione e valutazione delle differenti esperienze. Se e quale sia la funzione della REMS dal punto di vista della terapia (luogo di cura delle acuzie o delle terapie di lungo periodo); quali trattamenti sono previsti e permessi nelle REMS? Vi si svolge anche il TSO? Si pratica ancora la contenzione meccanica? Quale uso si fa della contenzione farmacologica? Quali sono i percorsi trattamentali previsti? Che ruolo hanno le attività che un tempo in OPG venivano considerate come parte del trattamento: il lavoro, la formazione, i permessi?

Nelle REMS ci si allontana dall'approccio custodiale e carcerario degli OPG per affermare che i pazienti mentali autori di reati sono in primo luogo pazienti, e dunque la cura è l'approccio da usare nei loro confronti, ponendo il controllo, volto ad assicurare la custodia, fisicamente all'esterno delle strutture. Tuttavia, anche l'approccio della cura, se inteso secondo la vecchia logica manicomiale, potrebbe sostituire un'oppressione con un'altra, e così non sarebbero stati fatti molti passi in avanti. Per questo le concrete modalità di organizzazione delle REMS, le pratiche terapeutiche utilizzate, i diritti dei soggetti che vi sono internati (la definizione del Codice penale resta questa) sono fondamentali per delineare il vero spessore del cambiamento. Non solo, una delle conseguenze, volute o meno che fosse, della riforma, è che costringe a fare i conti con gli stereotipi sui malati psichiatrici, costruiti in più di cento di anni di istituzionalizzazione. Per lavorare su di essi ed affrontare lo stigma, sperimentando attraverso le emozioni la percezione del simile e del diverso, e sintonizzandosi sulle affinità e sul comune sentire, si propone lo strumento del teatro. Anche la percezione del paziente mentale autore di reato come soggetto simile, o meno dissimile, dai soggetti "normali" che compongono la collettività, ha un potenziale di cambiamento determinante.

A partire da queste considerazioni il laboratorio ha lavorato sul tema delle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici, sulla salute in carcere, affrontando pieni e vuoti della legislazione esistente e le possibili modifiche, e sulla concreta configurazione organizzativa delle REMS, discutendo le pratiche di organizzazione e di cura. Il gruppo ha inoltre scelto di affiancare alla riflessione teorica il teatro come strumento di consapevolezza. Lo scopo è lo sviluppo di attività che aumentino la consapevolezza di sé e lo sviluppo di relazioni umane. In questo senso il teatro può costituire un punto di partenza essenziale mettendo in gioco il corpo, le sensazioni e le percezioni. In questo senso è andata l'esperienza teatrale sviluppata da Armando Punzo con i pazienti della REMS di Volterra. È stato così coinvolto un gruppo teatrale composto da studenti di medicina, psicologia, sviluppo e cooperazione internazionale, scienze dell'educazione e formazione e filosofia, legati all'esperienza di Chille de la Balanza, che a partire dalla conoscenza della struttura della REMS di Volterra, ed eventuali altre, cercherà di sviluppare un percorso artistico di comunicazione delle condizioni e delle sensibilità dei pazienti. Appuntamento a maggio a San Salvi, dove il gruppo teatrale metterà in scena il proprio lavoro.

Il laboratorio ha avuto come riferimento il pensiero di Alessandro Margara su OPG e misure di sicurezza. L'analisi dell'istituzione totale del manicomio giudiziario, con i suoi tre punti "forti": l'assunto dell'incurabilità e della sostanziale perpetuità della malattia mentale; il sistema delle misure di sicurezza dominato dalle presunzioni di legge sulla pericolosità sociale; una condizione d'internamento assolutamente priva di possibilità terapeutiche, che si esprimeva in strutture e personale carcerari. E l'analisi delle difficoltà del superamento dell'OPG e della sua trasformazione in istituzione di cura, pur nel contesto del passaggio della sanità penitenziaria al sistema sanitario nazionale, con il DPCM 1° aprile 2008, che differenziavano il processo da quello del superamento dei manicomi civili: il difficile passaggio spaziale dal manicomio al territorio, visto il portato penale dei comportamenti attribuiti alle persone internate; altrettanto difficile il passaggio giuridico, che si scontrava con il vincolo della misura detentiva; il passaggio organizzativo dal manicomio al territorio, difficoltoso per le numerose funzioni che restavano di competenza dell'amministrazione penitenziaria; e infine il passaggio culturale, dall'esclusione all'inclusione, per la forte resistenza verso i pazienti mentali autori di reato, resistenze non solo da parte della società civile, ma anche da parte di settori della psichiatria e di enti locali.

Tematiche in discussione

Da quanto emerso nella discussione del primo incontro laboratoriale dell'8 gennaio e da quanto indicato successivamente via e-mail da alcuni partecipanti sono stati individuati i temi che sono stati poi

approfonditi nell'incontro del 30 gennaio, con la finalità di presentare proposte al convegno del 8-9 febbraio:

1. Libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: problema della mancanza di un termine massimo di durata della misura;
2. Riflessione sulle differenze esistenti nei regolamenti delle REMS e indicazione di alcuni requisiti minimi necessari;
3. Questione delle misure di sicurezza provvisorie;
4. Riproposizione di una misura alternativa ad hoc per pazienti psichiatrici condannati;
5. Strutture ad alta e bassa intensità, REMS come extrema ratio, valorizzazione territorio;
6. Ripresa delle proposte di "ripulitura" del Codice penale riguardanti le misure di sicurezza per pazienti psichiatrici.

Vista la complessità delle questioni affrontate, si è previsto che il laboratorio continui anche dopo il convegno e si sono indicate alcune tematiche che richiedono un lavoro nel medio-lungo periodo:

- Destinazione dei condannati con problemi psichiatrici ed eventuale riforma legislativa del 147-148 alla luce degli esiti della pronuncia della Corte Costituzionale: la questione è in discussione il 6 febbraio e ciò rende improponibile qualunque testo di riforma legislativa degli artt. 147-148, che nascerebbe già superato; in ogni caso è necessario che sia data piena attuazione al DPCM del 1 aprile 2008 che ha sancito il passaggio delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute prevedendo pertanto che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantisca, alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione al pari degli altri cittadini residenti nella Regione ove il carcere ha sede, i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti agli altri cittadini residenti. Questo non solo con riferimento alle patologie psichiatriche e alle dipendenze, ma anche con riferimento a tutte le altre patologie che se trascurate possono portare a disturbi anche di tipo psichiatrico (stati ansiosi, depressione etc.).
- Formulazione di proposte articolate su standard minimi dei regolamenti delle REMS;
- TSO e contenzione;
- Salute mentale e carcere: riflessione sull'abuso di psicofarmaci;
- Perizia psichiatrica: riflessione sul ruolo che svolge nel processo e nella decisione sulla pericolosità sociale;
- Protocolli d'intesa con la magistratura di cognizione;
- Stranieri e senza fissa dimora: prospettive al termine della misura di sicurezza.

Conclusioni

Queste le conclusioni alle quali il laboratorio è giunto:

1) **Libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: problema della mancanza di un termine massimo di durata della misura.** Mentre le misure di sicurezza detentive sono state sottoposte con la Legge 81/2014 a un termine di durata massima, che corrisponde al massimo della pena edittale, allo scopo di evitare i lunghi internamenti protratti proroga dopo proroga della misura di sicurezza, i cosiddetti "ergastoli bianchi", per le misure di sicurezza non detentive, come la libertà vigilata, tale limite non è previsto, determinando situazioni che, se non formalmente, ma nella sostanza, si avvicinano a quelle degli "ergastoli bianchi". Alcune prescrizioni utilizzate nei provvedimenti di libertà vigilata sono infatti così stringenti che, se non sottoposte a un limite temporale, rischiano di minare il diritto di libertà della persona ad esse sottoposta. *Conclusioni:* Molti fattori concorrono alle continue proroghe della libertà vigilata: i sanitari che prendono in carico il soggetto sul territorio non si arrischiano in valutazioni sulla pericolosità sociale, sia per

formazione originata dalle teorie e pratiche del post-1978, sia per timore della cosiddetta posizione di garanzia, sia per mancanza di formazione psichiatrico forense. Inoltre, qualora si riscontrasse disponibilità ad assumersi l'incarico a livello territoriale di dirimere la questione relativa alla misura di sicurezza, a distanza di tempo si scorgerebbero con fatica i determinanti clinico-sociali che originariamente hanno dato luogo al giudizio di pericolosità. Ma una valutazione specialistica relativamente alla pericolosità sociale del soggetto in libertà vigilata sul territorio, è richiesta dal Magistrato di Sorveglianza con periodicità annuale. E, se il contributo clinico proveniente dal territorio non soddisfa i criteri di giudizio, il Magistrato può chiedere il parere dell'esperto peritale. Il perito tuttavia nella sua funzione giudicante una tantum difficilmente può cogliere tutti gli aspetti dinamici che concorrono al giudizio di un soggetto, confermando oppure modificando la misura in essere, su valutazioni gioco-forza sommarie. Inoltre, come già annotava Basaglia (Conferenze Brasiliane, 1979), la formazione dei periti psichiatri è di marca prioritariamente organicista, essendo questi diretta espressione della scuola positivista di C. Lombroso. Difficile aspettarsi da un perito con questo tipo di formazione che faccia proprio uno sguardo inclusivo che tenga conto delle valenze sociali e di contesto.
Dal punto di vista della tutela dei diritti della persona, in particolare della libertà personale protetta dall'art. 13 della Costituzione, l'essere sottoposta a continue proroghe della misura di sicurezza della libertà vigilata, appare mettere in discussione la pienezza del diritto stesso di libertà personale. La durata certa delle misure privative della libertà, come la detenzione o le misure di sicurezza detentive, i termini di durata massima della custodia cautelare e la durata massima delle misure di sicurezza detentive rispondono invece alle esigenze di tutela del diritto di libertà. Una misura che può essere prorogata senza fine, come è attualmente la libertà vigilata, si pone invece in contrasto con tale diritto.
Proposte:
-necessità di un limite di legge alla durata massima della libertà vigilata, a protezione del diritto di libertà, anche in considerazione dell'uso della libertà vigilata come misura molto restrittiva in comunità solo formalmente aperte; sul punto si richiama la proposta della Commissione Pelissero, che faceva rientrare la somma di tutte le misure terapeutiche applicate a un soggetto nel limite massimo di durata delle misure di sicurezza, corrispondente alla pena edittale massima stabilita per il delitto commesso; prevedeva invece un termine corrispondente alla pena edittale massima stabilita per il delitto commesso, ridotta di un quarto, nel caso venisse applicata la sola vigilanza terapeutica, misura che sostituiva la libertà vigilata per gli incapaci (https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Pelissero_relazione_articolato_19lug2017.pdf);
-importanza di discernere tra le prescrizioni quelle che hanno un valore terapeutico da quelle che sono limitative della libertà ma senza tale valore (es. prescrizioni sugli orari di rientro);
-importanza dei collegamenti tra la rete dei servizi sanitari, sociali, giudiziari, e importanza che il percorso della persona sottoposta a misura sia valutato dal perito nel suo complesso: es. del protocollo del Veneto che prevede che i servizi psichiatrici facciano anche delle proposte di modifica della misura di sicurezza, con relazione inviata al giudice che evidenzia i cambiamenti della persona, e il percorso/struttura che potrebbe seguirla, cosicché il perito può avere questa come punto di riferimento del suo esame;
-il PTRI (piano terapeutico riabilitativo individuale), che come descrive la Legge 81/14 diviene strumento centrale di interlocuzione con il territorio nella progettazione di progetti di cura ed inclusione per il soggetto con disturbo psichico e autore di reato, dovrebbe contenere al suo interno le variabili che sostengono il giudizio sulla pericolosità sociale; il confronto e la messa in dialogo dinamica delle stesse, al modificarsi delle condizioni interne ed esterne al soggetto, può rappresentare una traccia fondamentale per un uso congruo ed appropriato del giudizio di pericolosità sociale;
2) **Riflessione sulle differenze esistenti nei regolamenti delle REMS e indicazione di alcuni requisiti minimi necessari.** Nelle 31 REMS presenti nel territorio nazionale vigono regolamenti diversi adottati senza una linea comune: questo se da una parte tende a valorizzare l'individualità dei pazienti inseriti, dall'altra non garantisce standard comuni di protezione dei diritti e di

trattamento. Nello stesso tempo si ritiene vigente per le REMS l'Ordinamento penitenziario, in virtù della qualità di internati dei pazienti ospitati nelle stesse: questo da un lato garantisce una serie di diritti, dall'altro mal si adegua alla vita della REMS che è differente da quella della struttura carceraria e che non può essere gestita con le stesse limitazioni. *Conclusioni:* si ritiene necessario esaminare i diversi regolamenti delle REMS e proporre regole comuni. Resta aperta la discussione se tali regole siano da adottare con legge, e possano allora sostituire in parte l'O.P., o il Regolamento di attuazione, oppure, come standards minimi di garanzia dei diritti dell'individuo ospite nella REMS, prima di confluire in una legge possano essere proposti a tutte le REMS, contando sulla via della persuasione tramite la soft law prima che sull'imposizione normativa.
Proposte:
Si suggerisce come criterio generale che i requisiti minimi regolamentari riguardino tutte le operazioni e modi di affrontare situazioni che possono dar luogo a comportamenti auto e/o etero lesivi e allontanamenti arbitrari. Gli altri aspetti della vita comunitaria, vestiario, visite, permessi d'uscita, attività esterne, affettività e sessualità dovrebbero tener conto dello specifico della singola REMS o comunità terapeutica, la sua cultura clinica, il contesto residenziale, urbano, architettonico ed eventuali limitazioni (ad esempio divieto di consultare determinati tipi di pubblicazioni) o obbligo di conformarsi a determinati standard (ad esempio in tema di abbigliamento) dovrebbero essere legate e fondate su specifiche motivate esigenze cliniche e non adottate in via generale per tutti gli ospiti, discriminandoli negativamente rispetto agli ospiti di altre REMS.

3) **Questione delle misure di sicurezza provvisorie.** La questione delle misure provvisorie è problematica alla luce di più motivi: i numeri importanti rischiano di mettere in crisi il sistema delle REMS per come è strutturato; la mancata considerazione specifica delle misure provvisorie nella riforma ne ha fatto emergere una disciplina di risulta che è poco tutelante dei diritti di chi vi è sottoposto, sia dal punto di vista della salute, sia dal punto di vista processuale. *Conclusioni:* La stragrande maggioranza di coloro che affluiscono in REMS presenta una MdS provvisoria. Se da un lato questo permette di modificare il percorso di cure in tempi ragionevoli, se équipe psichiatriche coinvolte e autorità giudiziaria convergono su opzioni alternative alla REMS, dall'altro identifica la REMS come sede adatta a priori, senza aver preso in considerazione il principio legislativo della "extrema ratio". Anche se la misura provvisoria può avere in qualche caso la funzione di prendere in carico subito un soggetto che ha bisogno, tale funzione non dovrebbe essere svolta dal penale ma da altre istanze in quanto il penale stigmatizza e rinforza il disagio, sarebbe meglio svolta dai servizi sul territorio, mentre spesso la misura di sicurezza provvisoria è eseguita solo dopo un periodo più o meno lungo di carcere. L'utilità delle REMS per i provvisori consiste nella possibilità di presa in carico immediata della malattia in forma acuta, e ciò potrebbe far pensare all'utilità di REMS ad hoc per le misure provvisorie, tuttavia queste potrebbero sovrapporsi nella loro finalità al TSO. Tuttavia, la degenza in SPDC, o in sezione psichiatrica penitenziaria, con abrogazione delle misure provvisorie, resta una proposta più convincente.
Proposte:
-abolire le misure di sicurezza provvisorie e sostituirle con la custodia cautelare in luogo di cura (su questo tema la Commissione Pelissero aveva proposto una diversa soluzione, comunque orientata a una più adeguata presa in carico della malattia mentale e a una maggiore tutela dei diritti di libertà della persona sottoposta a misura di sicurezza, stabilendo il principio di non obbligatorietà dell'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza e l'esistenza di una varietà di soluzioni applicative, in armonia con il criterio dell'*extrema ratio* delle misure detentive, e con limiti applicativi in base alla gravità del fatto commesso: https://www.penalecontemporaneo.it/d/6206-commissione-per-la-riforma-del-sistema-normativo-delle-misure-di-sicurezza-personali-e-dellassisten);
-sul tema potrebbe essere formulata una proposta di legge, che può avere senso anche pendente la questione di legittimità costituzionale, perché non è da questa toccata.

4) **Riproposizione di una misura alternativa ad hoc per pazienti psichiatrici condannati.** Tra le proposte di riforma dell'O.P non approvate vi era l'introduzione di una nuova misura alternativa

specifica per condannati con patologia psichiatrica; la misura era modellata sull'affidamento in prova dei tossicodipendenti e mirava a creare delle alternative al carcere per i detenuti con patologia mentale prevedendo un loro inserimento in strutture terapeutiche. *Conclusioni e proposte:* la nuova misura dovrebbe esser riproposta tramite una modifica legislativa.

5) **Strutture ad alta e bassa intensità, REMS come *extrema ratio*, valorizzazione del territorio.** Il principio della REMS come *extrema ratio* va difeso con proposte ed interventi di sistema. I modelli regionali organizzato sistemi con diversi livelli di intensità di cura e di custodia, come quello toscano e veneto, sembrano avvicinarsi come disponibilità residenziale e trattamentale, al fabbisogno di cure ed assistenza per area regionale, con buoni livelli di dimissioni. *Conclusioni e proposte:* Per dare piena rispondenza allo spirito che ha animato la Legge 81/14 occorre ripristinare una strategia nazionale e regionale di promozione della salute mentale, dell'inclusione sociale e della tutela dei diritti di cittadinanza per questi soggetti. In molti casi si tratta di individui con bisogni sociali ed economici insoddisfatti, che necessitano di una presa in carico multiprofessionale, che includa oltre alla salute mentale, anche altri servizi, come disabilità, dipendenza da sostanze, salute fisica, ma anche il problema casa anche in conformità con le previsioni di cui al D.M. 1 aprile 2008 sopra richiamato per quanto attiene la tutela della salute mentale e la presa in carico delle situazioni di dipendenza.

6) **Ripresa delle proposte di "ripulitura" del Codice penale riguardanti le misure di sicurezza per pazienti psichiatrici.** Il codice penale e l'Ordinamento penitenziario non sono stati toccati dalla Legge 81/2014, che ha lasciato anche sopravvivere un linguaggio ormai inadeguato ad esprimere i nuovi significati apportati dalla riforma. *Conclusioni e proposte:* Termini come internato, come ospedale psichiatrico giudiziario e casa di cura e custodia dovrebbero essere rimossi dal c.p. e dall'O.P.