

## **La pena e la cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale**

*Roberto Mezzina*  
*Direttore DSM / CC OMS*  
*ASUI Trieste*

Relazione al Corso ECM: "Articoli 88 e 89 del codice penale. E' possibile *abrogare* il vizio di mente?" Trieste, 2 febbraio 2018.

### **Le contraddizioni italiane, tra pratiche e leggi**

La legge 81 del 30/5/14 «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari» non ha in realtà modificato il CP relativamente alle questioni dell'imputabilità (art 88 e 89), e dell'applicazione delle misure di sicurezza ai rei non imputabili o parzialmente imputabili (art 219, 221, 222). Permane una visione della "pericolosità" come legata o perfino attribuita al disturbo mentale, e che spesso si associa alla "incapacità" di intendere e di volere e quindi alla non imputabilità. Questo nei quesiti ordinari del GIP (o del PM) al CTU. Ciò conferma la vecchia impostazione del "doppio binario", ossia delle misure di sicurezza che vengono quindi comminate al reo non imputabile o parzialmente imputabile.

E' ancora possibile, come nei vecchi OPG, l'invio di persone in "misura di sicurezza provvisoria" anche in fase preliminare o di incidente probatorio e senza necessaria perizia psichiatrica. Continua a permanere una legislazione speciale nei confronti delle persone che evidenziano un disturbo mentale in campo penale (incapacità totale di intendere e di volere e pericolosità sociale). Dal punto di vista penale le persone dichiarate totalmente incapaci di intendere e di volere, dichiarate non imputabili, vengono espropriate del diritto di difendersi dalle accuse formulate nei loro confronti e dalle proprie responsabilità, compresa quella di risarcire il danno commesso. Riteniamo al contrario che, anche se gli impulsi ad agire possono essere condizionati da un grave disturbo mentale, la persona continui a mantenere, se pur in modo ridotto, la capacità di comprendere il significato del proprio comportamento e di rendersi conto del valore sociale dell'atto compiuto.

### **Cura nel contesto penale "normale"**

La nostra esperienza parte dal principio fondamentale che non vi debbano essere percorsi / statuti / istituti speciali per i rei che presentano disturbi psichiatrici; i quali devono essere considerati responsabili e, come tali, hanno diritto al processo. Pertanto i servizi di salute mentale (DSM) devono essere rafforzati e responsabilizzati rispetto ai percorsi di cura anche nella pena, sia in condizioni di normale detenzione sia attraverso alternative (che comportino anche la modulazione della pena). La responsabilizzazione resta principio cardine, che coinvolge in prima istanza il soggetto giuridico (il reo), ma anche le agenzie sanitarie (i servizi).

Nella convenzione sui diritti delle persone con disabilità, all'art.12 (Uguale riconoscimento dinanzi alla legge) si legge:

"a) Gli Stati Parti riaffermano che le persone con disabilità hanno il diritto al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica.

b) Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità godono della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri in tutti gli aspetti della vita."

Secondo l'OMS (WHO QualityRights Programme Training), a sensi della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU (CRPD, art. 12), le persone con disturbo mentale hanno diritto a uguale riconoscimento davanti alla legge<sup>1</sup> e di conseguenza a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati, come peraltro previsto dal DPCM 2008 sulla sanità

penitenziaria, attraverso l'attività diretta delle equipe dei Dsm presso gli istituti di prevenzione e pena. A sostegno di ciò si dice: *"mental capacity can fluctuate, but legal capacity never fluctuates"*.

Questo principio, sostenuto da quarant'anni, è confortato dai recenti sviluppi dell'applicazione della stessa CRPD alla salute mentale. In particolare, il Committee on the Rights of Persons with Disabilities, nel documento *"Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the right to liberty and security of persons with disabilities"*, adottato nella 14<sup>a</sup> sessione, settembre 2015, stabilisce:

- non servizi speciali di tipo forense;
- non diversione dalla giustizia (dalla pena) alla psichiatria (alla terapia); vedi UK se il controllo sociale resta la guida e non il diritto alla salute. Quale prevale? Cura e custodia.
- diritto alla difesa;
- esclusione del trattamento forzato;
- non adozione di alcuna forma di assunzione di decisioni che sia sostitutiva del soggetto, ma solo di sostegno ad esso.

Il Commento Generale sulla CRPD (2013) definisce la capacità mentale come "le capacità decisionali di una persona" e rifiuta le concezioni mediche prevalenti della capacità mentale, affermando che esse sono "altamente controverse" e che la capacità mentale "non è, come è comunemente presentato, un fenomeno oggettivo, scientifico e che si presenta in natura".

Il Comitato sostiene che la capacità mentale e la capacità giuridica non dovrebbero essere "confuse" e che le competenze compromesse nel processo decisionale non dovrebbero essere una giustificazione per la sospensione della capacità giuridica se consideriamo affermato il principio del consenso informato. Pertanto conclude che il processo decisionale sostitutivo, il trattamento obbligatorio e la esclusione dal processo penale sulla base della disabilità mentale non sono più accettabili.

### **I nodi dell'incapacità-imputabilità, e della pericolosità in Italia**

Nessun supporto viene dalle scienze umane o naturali rispetto alla prevedibilità dei comportamenti, al concetto di "incapacità di intendere" il significato dei fatti e dei gesti, e "di volere": né dalle scienze cognitive, né dalla neuropsicologia, né dalla filosofia, né dalla psicoanalisi per quanto riguarda i concetti di intenzionalità e di senso (pensiamo a Husserl, a Ricoeur, ad Habermas), tutti applicati alla normalità e alla ragione dominante.

La questione dell'imputabilità del soggetto sofferente autore di reato va posta non rispetto al senso soggettivo né alla sua ricezione sociale, "dalla norma", ma nel valore attribuito al soggetto agente medesimo. Affermare la imputabilità del malato di mente non vuol dire negare la malattia e i suoi effetti, ma significa invece proporre la ricerca del valore proprio del gesto-reato connesso alla storia di quel soggetto, alla continuità della sua esistenza e non negarlo ed invalidarlo attraverso i presunti automatismi naturalistici della malattia.

Per quanto concerne la pericolosità, se guardiamo anche alla psichiatria forense italiana "storica", nel concetto di pericolosità "il patologismo deterministico di derivazione lombrosiana" viene riconfermato (F. Fornari, *Psicopatologia e psichiatria forense*, p. 171). E' "impossibile dare un contenuto scientifico al risposta al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica" (ivi, 173; corsivo nostro). Così, in una serie di passaggi logici assolutamente non esplicitati e chiariti, la qualifica "psichiatrica" viene aggiunta a quanto recita l'art 133 cp sulla pericolosità sociale, per il cui accertamento in psichiatria forense vengono alla fine consigliati indicatori interni - clinici - ed esterni (p. 175-6). Tutto ciò, si ammette, in netto contrasto ai principi della L. 180 / 78.

Secondo G.L. Ponti “la pericolosità sociale consiste nella sua essenza in un giudizio individualizzato di prognosi comportamentale, con il quale si ritiene concretamente prevedibile la reiterazione di atti delittuosi” (Compendio di Criminologia, p. 613).

Il punto di vista tradizionale della psichiatria forense è infine dichiarata, da questi autori classici, avulsa dalla realtà dei servizi e dalle prassi vigenti.

Abbiamo peraltro riscontrato nella pratica come tale ‘pericolosità’:

- se legata ad una patologia cronica, o ad un disturbo di personalità, rispetto a cui non ci si può adeguatamente curare e soprattutto riabilitare in contesti reali di cura, ma il soggetto viene ristretto con misura detentiva, tale pericolosità viene inserita in un circolo vizioso da cui non si esce facilmente;
- rispetto a questo, va almeno stabilito il criterio del “reality testing”, della verifica nelle condizioni di realtà dell’esperienza;
- viene stabilito un limite temporale per la sua rivalutazione, e ad esso è legata la misura di sicurezza, come se si trattasse di una “condanna senza oggetto” (“condannato a sei mesi di pericolosità”);
- quando viene riscontrata una “pericolosità sociale attenuata” (nuova categoria, come la semi-infermità, la semi-pericolosità), viene proposta dal CTU al magistrato il passaggio da misura di sicurezza detentiva a misura non detentiva.

Dunque gli effetti della pericolosità attribuita sono una sorta di pena, commisurata e modulata in relazione ad un giudizio che resta in partenza arbitrario.

### **Le contraddizioni della legge 81**

“De facto” dal 1º aprile 2015 l'esecuzione delle misure di sicurezza nelle case di cura e custodia e il ricovero negli ospedali psichiatrici giudiziari è sostituita dall'esecuzione nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). La più grande contraddizione è stata l'applicazione dell'ordinamento penitenziario in una struttura ad esclusiva gestione interna sanitaria, che ancora si trova in numerose REMS italiane nonostante l'Accordo della Conferenza Stato Regioni e le successive prese di posizione dello stesso DAP a proposito.

Va ricordato il principio più volte richiamato dalla Corte costituzionale, per cui la misura di sicurezza di carattere detentivo deve essere considerata alla stregua di una soluzione residuale, estrema, da comminare soltanto nei casi in cui nessun'altra forma di trattamento possa ritenersi adeguata. Pertanto la stessa REMS in sé è soluzione residuale.

Il che pone immediatamente una serie di prospettive: occorre andare oltre rem? Oltre le misure di sicurezza? Verso una riforma del CP in merito a incapacità e pericolosità?

Il nuovo accordo Stato Regioni (in bozza del novembre 2017) che verrà discusso col DAP dispone:

- Fine del regolamento carcerario? NO statuto di “internato”
- Chiarezza sulla funzione terapeutica delle rem
- Percorsi piuttosto che luoghi – non regime permessi: visione della REMS non come luogo ma come insieme di servizi
- Dimensione territoriale e comunitaria
- Centralità del PTRI: globalità del piano di cura che comprende le uscite (non singoli permessi)
- Ribadire i diritti: riferimento alla figura del garante delle persone private della libertà
- Facilitazione del cruscotto operativo regionale interistituzionale (anche se non tutte le regioni si sentono pronte)
- Sistema di accesso che vede la REMS come soluzione residuale e che prevede la prevenzione e le alternative alla stessa
- Abolizione della precisazione sui livelli di sicurezza

- Esclusione dei sanitari da qualsiasi atto o pratica che non siano di rilevanza sanitaria e terapeutico-assistenziale.

### **Rischio del ritorno dell'equazione REMS=OPG come contenitore indifferenziato**

Il testo del ddl Giustizia n. 103 / 17 così dispone:

*“tenuto conto dell'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell'assetto delle nuove REMS, previsione della destinazione alle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) prioritariamente delle persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico - riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione”.*

I decreti delega applicativi delle legge di riordino – affidati alle Commissioni Pellissero e Giostra, non hanno registrato alcuna significativa presenza del versante sanitario – è stato ascoltato solo il Coordinamento nazionale delle Rems.

Possiamo riassumere alcuni temi della Commissione Pellissero:

- Nodi: Incapacità / capacità senza alternative (rafforzamento art 88, no art 89)
- Incapacità legata a dimensione categoriale diagnostica: un tema obsoleto (e ingresso del grave disturbo di personalità)
- Riduzione dell'uso delle misure provvisorie
- Abolizione art 148 e riforma art 147
- Riduzione dell'impiego delle misure di sicurezza detentive ai casi gravi: ma rischio di aumento dell'aspetto custodialistico delle Rems
- Libertà vigilata terapeutica = giustizia terapeutica

### **La questione dell'incompatibilità alla detenzione**

Nel definire l'incompatibilità alla detenzione (che dovrebbe far scattare il 147 cp esteso alle patologie psichiatriche, o misure alternative) si sono chiamate in causa la diagnosi, indici di psicopatologia, presenza di reti e supporti etc. Abbiamo visto nella pratica che tutto questo non c'entra con l'adattamento alla detenzione. Dall'esperienza possiamo sostenere che non è possibile saperlo se non dalla verifica empirica ex-post, ovvero grazie all'osservazione che i servizi devono garantire. Lo stare in carcere peraltro tende a normalizzare, cioè a contenere in un quadro di “normalità della pena”, le condizioni più devianti dalla norma in senso psicopatologico.

La Commissione Giostra ha fatto riferimento al testo della legge n. 354 del '75, e il DLgs n. 230/1999, in tema di riordino della medicina penitenziaria. Non ha invece considerato (né citato) l'atto fondante del passaggio della sanità penitenziaria al SSN, cioè il DPCM 1.4.2008.

Esso poneva una visione globale, non solo in senso sanitario, ma anche integrata sia con l'area trattamentale, con le responsabilità e compiti degli Istituti stessi (es in materia di salute anche degli ambienti) che con l'esterno (coi servizi sociosanitari cui ci si deve raccordare).

Equilibrata in questo senso appare anche la parte specificamente rivolta alla salute mentale, incluso la citazione delle famose sezioni che però non vengono enfatizzate e solo definite "a sorveglianza attenuata" e con compiti di osservazione e riabilitazione. Insomma, uno dei grandi atti legislativi che ogni tanto l'Italia sa produrre.

Nella bozza del DLgs, al Capo 1, si trattano le sezioni psichiatriche in carcere (20 pl), da istituire a isorisorse. Ci si chiede: commisurate a quale bisogno? Il testo non prende in considerazione il

DPCM 2008 in cui all'allegato è specificata tutta una serie di parametri rispetto ai servizi specialistici in carcere.

Le persone cui è stato applicato l' art 89 cp e 95 cp **al momento del fatto** andrebbero nelle sezioni, senza che siano valutate le loro condizioni al momento dell'applicazione di tale misura.

Pertanto la permanenza nelle sezione non è legata a condizioni di acuzie o subacuzie ma al superamento dell'infermità (?). Quindi la sezione è un luogo dove scontare la pena o un ricovero dove ci si dovrebbe curare e perfino riabilitare? Con quali strumenti?

Se deve esserci un provvedimento a isorisorse, come pare, prima di chiedere alle ASL e ai loro DSM di costruire dei reparti in carcere, stressando quindi dotazioni già esigue, va richiesta loro che assicurino la normale assistenza sanitaria, in questo caso specialistico-psichiatrica, che come da DCPM del 2008 è compito del SSN.

Resta quindi da definire a chi e in quali condizioni vadano chiamate in campo altre risposte: se per situazioni acute o subacute, che segnalano ad esempio la riaccensione di patologia durante la detenzione, vale a dire una ricaduta o un peggioramento evidente, e utilizzando dapprima i normali servizi (con o anche senza piantonamento, come arresti domiciliari presso struttura sanitaria), in modo da alleviare la sofferenza e il disturbo, ricalibrare l'assistenza e il programma terapeutico che comunque tornerà a svolgersi in carcere, oppure proporre una soluzione diversa e alternativa, ivi compreso, in extrema ratio però, l'art 147 (sospensione delle pena per motivi di salute).

Il decreto delega nulla dice su come le sezioni psichiatriche in carcere esse dovranno essere organizzate. Con quali professionalità e con quale operatività e relative procedure, con quali limiti, con quali obiettivi e su invio di chi esse dovrebbero funzionare? In che modo esse devono lavorare coi servizi del DSM? Che tipo di progettualità e di integrazione con la rete di tutti i servizi esterni di welfare esse devono mettere in campo?

E ancora: che cosa sappiamo della pratica di quelle sezioni già esistenti in Italia? Quali violazioni di diritto vi si attuano? Che livello di violenza vi viene praticata, dato che nella maggior parte dei normali SPDC italiani si lega? Chi presiederà alle opportune verifiche?

Il rischio in definitiva è riproporre una cultura di esclusione delle persone con disturbo mentale, ossia la stessa cultura del doppio binario. Si va a creare in carcere un doppio luogo, governato da leggi proprie, che trasforma la pena detentiva in una specie di ricovero protratto, in cui se una volta la persona è stata valutata "al momento del fatto" seminferma, automaticamente (magari anni dopo) accede, sottraendole l'aspetto rieducativo rispetto al reato, che solo nell'inserimento nelle prassi usuali di trattamento, e insieme con tutta la popolazione detenuta, si può realizzare. Non si capisce perché il citato **accertamento** delle condizioni psichiche debba avvenire in un luogo di ricovero (la sezione) prevedendo fino ad un mese di osservazione e non, come prevede la L. 833, in ambito extraospedaliero, nei luoghi di vita (che per noi del FVG la LR 79/80 cita espressamente), cioè in questo caso nello stesso carcere, intensificando i contatti e gli interventi ed agendo in raccordo con il servizio sanitario in tutto e l'area trattamento.

### **Il nodo dei servizi nella riforma psichiatrica**

Laddove i servizi territoriali intendono la loro operatività in chiave **ambulatoriale, con ricorsi routinari al ricovero ospedaliero, all'uso amministrativo del trattamento sanitario obbligatorio**, attenti a tenere pulite tecniche e vocazioni terapeutiche non contaminate dalle necessità di rapporto con la domanda di controllo sociale, il rischio dell'abbandono e dell'induzione di momenti concentrazionari e fortemente repressivi diventa la norma.

Diversamente, laddove è organizzata una **rete organica di servizi** capace di accogliere complessivamente il disagio, disposta ad assumersi il carico dei bisogni che di solito lo accompagnano, di essere attraversabile e flessibile alla soggettività ed all'unicità del cittadino

portatore del tale disagio, si sono create condizioni che hanno permesso di affrontare in maniera articolata la complessità del circuito, del percorso, evitando rimandi, disattenzioni e, soprattutto, l'induzione e l'esacerbazione delle istanze di **sanzione**.

Tale pratica, che definiamo di "**presa in carico all'interno di servizi "forti"**" può agevolmente disporsi tra richieste di punizione e di internamento e induzione di abbandono e di rimando. Prendendo ad esempio la nostra pratica nel **Dipartimento di Salute Mentale – ASUI Trieste**, ci riferiamo ad un'organizzazione è basata sui seguenti criteri, o principi:

- Responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale
- Presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda
- Accessibilità (e modello di riconoscimento)
- Continuità terapeutica
- Centralità della crisi nel servizio territoriale
- Globalità/integrazione
- Lavoro di équipe

L'orizzonte è quello di un approccio di sistema, alla vita intera. Qui di seguito indichiamo i principali passaggi che nella nostra esperienza si sono rivelati fondamentali per la presa in carico delle persone con disturbo mentale a rischio di commissione di reati e di problemi con la giustizia.

### **La prevenzione dei reati e la presa in carico globale**

La prevenzione secondaria si realizza attraverso la pratica proattiva ed assertiva dei sottogruppi di continuità terapeutica, operanti nei vari CSM, finalizzati alle persone ad alta priorità sulla base di criteri (costante aggiornamento elenco e modulazione dell'intensità – circa 1/10 utenza del CSM) Gli interventi di crisi dei CSM sono volti a prevenire il TSO, attraverso l'ingaggio attivo della persona, e la collaborazione a volte con le FF.OO. Ora è stato creato un team di crisi per rafforzare queste pratiche. Il TSO è interpretato come decisione del servizio in caso di fallimento del programma e di rischio per la salute del soggetto.

La presa in carico globale dei bisogni personali e sociali (WHOLE LIFE) si pone in una prospettiva di abilitazione e recovery, articolandosi in progetti personalizzati (eventualmente con Budget Individuali di Salute), sulle aree casa-lavoro-socialità. Soluzioni abitative e abilitative transizionali sono disponibili: Recovery house, casa delle donne, appartamenti L. 15, appartamenti di automutuo aiuto e supporto. Se necessario, periodi di più lunga ospitalità nei CSM permettono una più adeguata progettualità, che a volte può richiedere tempi più lunghi.

### **Sostenere i percorsi giudiziari: polizia, perizia, concertazione con la magistratura**

Qualora inizi un percorso giudiziario, dall'interrogatorio alla relazione di supporto alla difesa legale, c'è presenza ed offerta del servizio nei confronti di polizia e magistratura.

Per quanto concerne la perizia psichiatrica, riteniamo che sia necessario entrare nella contraddizione del ruolo peritale come compito del servizio: che sia CTU o talora CTP, comunque in relazione col CTU in merito all'offerta di programma, esso rappresenta una "garanzia" per il giudice.

Sottolineiamo che una visione prospettica della presa in carico deve essere tale da evitare i danni dei percorsi psichiatrico-giudiziari, dove il soggetto può venire coartato, traumatizzato, denegato. La capacità si riferisce alla persona e al rapporto con la sanzione: ovvero il confronto con le conseguenze del proprio gesto, in un'ottica di normalità, non discriminazione, appunto richiamandoci all'"uguale diritto di fronte alla legge" (CRPD) di cui si è parlato.

La pratica critica della perizia vede l'atto peritale come ricostruzione di storia, soggettività e continuità di senso ("l'ininterrotto rapporto di senso" di Doerner).

In altre parole, essa indaga su alcune domande chiave: che relazione c'è tra la soggettività e la malattia e come questa viene direzionata e gestita (Strauss)? Che senso ha il sintomo per il soggetto? Che senso ha l'esperienza di malattia in quanto esperienza sociale? Le questioni del determinismo: non rende ragione del senso (Augé). Il senso rende ragione di un livello di **capacità giuridica** (rispetto al reato)  
Trovare un senso allo star male è essenziale alla **recovery come riappropriazione di sé**.

### **Assistere in carcere**

Col DPCM del 1/4/2008 in materia di sanità penitenziaria, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, applicato ormai da tempo in tutte le regioni italiane, il servizio sanitario negli istituti di prevenzione e pena è gestito ora dal SSN tramite le ASL e comprende le funzioni ex-OPG, ora svolte dalle REMS.

Lo scenario generalmente auspicato per l'assistenza psichiatrica in carcere è quello delle sezioni, o articolazioni psichiatriche, già realizzate in molte regioni (vedi Campania). Col DPCM 1° aprile 2008, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, emerge la chiara indicazione che i soggetti con patologie psichiatriche ma non sottoposti a misura di sicurezza siano reclusi negli istituti penitenziari, rendendo questi idonei a soddisfare le esigenze di cura, attraverso la realizzazione di sezioni specializzate, gestite con criteri sanitari.

In essi "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015).

Tuttavia il nostro punto di vista a Trieste è quello dell'**entrata dei servizi in carcere** ("IL CARCERE E' TERRITORIO") per mantenere la continuità di cura e di relazione e per affrontare le nuove domande in un luogo ad alta concentrazione di sofferenza, mettendole immediatamente in contatto con le risorse e i programmi disponibili "nel fuori".

A Trieste dal 1980 il DSM entra in carcere dapprima con un numero ristretto di consulenti, poi attraverso una convenzione con tutti i CSM attraverso operatori autorizzati ((anche 7-8 per CSM), capaci anche di supportare con visite intensive situazioni critiche e comunque di garantire la dovuta continuità dei programmi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale.

21 persone sono state seguite nel 2016, di cui 14 già note, alcune solo valutate attraverso attività di consulenza qualora presentino sospetti disturbi psichici e/o comportamentali di dubbia natura (es migranti).

La pratica dei CSM nel carcere (coordinata a livello dipartimentale in un "gruppo carcere") ha permesso di azzerare già dagli anni '80 gli invii in OPG dal carcere, dato rivendicato come importante successo anche dalla direzione della Casa Circondariale. Attualmente il servizio è diventato pressoché giornaliero e si integra strettamente con il servizio sanitario generale gestito dall'ASUITS che include anche il Dipartimento per le Dipendenze.

### **Le alternative di cura**

In casi particolari, per i detenuti si concorda col magistrato il ricovero in SPDC (es TSO) o più lunghe permanenze in CSM 24 ore (ex art 286 cpp), ad esempio in attesa o in corso di perizia, proponendo detenzione o arresti domiciliari presso il servizio.

Le alternative al percorso psichiatrico-forense sono state permesse da periodi anche lunghi di ospitalità nel CSM, qualora non utili o non disponibili altre soluzioni: ciò corrisponde a "porre la persona al centro dell'attenzione del servizio", ripartendo con programmi abilitativi nelle varie aree (vedi CD diffuso), e un complessivo progetto di vita.

I PTRI sostenuti da Budget di salute, con specifico uso del FAP (Fondo per l'autonomia possibile), in co-progettazione con i servizi sociali dell'ente locale, sono strumenti utili per evitare percorsi di

deriva sociale ed istituzionalizzazione. Il coinvolgimento del privato sociale in funzione di supporto quotidiano, accompagnamento, gestione di programmi di inserimento sociolavorativo e di abitare assistito ne è l'elemento chiave.

### **Il ruolo dei DSM nella riforma introdotta dalla legge 81**

In passato, il DSM non interveniva su quanto deciso dal magistrato a meno che non espressamente richiesto di un programma, anche a seguito di specifico quesito posto al CTU. Ora, il DSM è fondamentale nel valutare e proporre alternative di presa in carico, attraverso protocolli specifici con la magistratura, in ogni grado di indagine e giudizio (così in Regione FVG), e nel sostenere il piano di trattamento in REMS e pure il PTRI proposto in alternativa alla REMS. L'accordo della conferenza stato regioni col DAP del 26 febbraio 2015 prevede che il PTRI venga formulato subito, entro 45 giorni dall'ingresso in REMS, un PTRI finalizzato all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS. Non occorre attendere la fine del periodo inizialmente definito dal magistrato per la misura di sicurezza. Ciò ne conferma quel carattere di "strutture residuali" rispetto al progetto di superamento degli OPG e no di luoghi d'elezione per l'esecuzione della misura di sicurezza (detentiva).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB: La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici, 21 settembre 2017), ha sottolineato che questa riforma si muove intorno a principi generali che potrebbero svolgere un ruolo rilevante per il ripensamento generale del rapporto tra sistema penale e sistema psichiatrico, e in particolare:

- 1) il principio di residualità della misura di sicurezza
- 2) il principio di territorialità nella sua esecuzione
- 3) il principio di individualità del progetto terapeutico
- 4) il principio del primato della salute del paziente sulle esigenze di controllo sociale e della giustificazione delle misure adottate.

### **Il Friuli-Venezia Giulia e le REMS**

In partenza questa Regione ha previsto il dimezzamento del modello organizzativo della remS da 20 a 10 posti letto, secondo il fabbisogno storico rispetto all'Opg della regione FVG (Trieste zero dal 2006). Successivamente, vi è stato lo "spacchettamento" del modello di 10 posti in tre subunità territoriali (attualmente, come remS provvisorie, tutte tre di 2 posti ciascuno): la remS diffusa regionale è collocata nei servizi dipartimentali (nel caso di Aurisina in un centro diurno) ed opera in rete con tutti i servizi, con ciò evitando la costituzione di un luogo / servizio dedicato, "speciale". Ciò ha evitato la creazione di una struttura carceraria, di detenzione, per cui si opera di fatto a porta aperta. Altro cardine ne è la responsabilità territoriale dei servizi, che significa evitare un "altrove" dove recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere. Qui la responsabilità è stata condivisa tra persona, remS e csm.

Il principio della piccola scala ha permesso di inserire "una persona alla volta", ed uno "stare con", permettendo la ricostruzione della storia e della rete sociale insieme, tenuto conto che la storia si attualizza in una rete di relazioni (ad esempio per MT l'accompagnamento in Sicilia e per una coppia milanese il raccordo col padre).

L'entrata della comunità nella remS si è realizzata con attività culturali, mercato, concerti, presenza di scolaresche. Strumenti evolutivi sono stati i permessi per l'inserimento lavorativo e per la partecipazione alle attività del csm di provenienza.

### **Prevenire anche l'invio in remS**

Si lavora dunque per prevenire anche l'invio in remS, offrendo alla magistratura opportunità e alternative. La più semplice e spesso la più efficace è il CSM 24 ore. Se la remS è chiusa per

manca di utenti, il personale è reimpiegato, in modo flessibile, nei programmi intensivi di presa in carico e nei PTRI di una serie di situazioni a rischio di ca. 12 persone (3-4 per CSM) su cui focalizzare l'attenzione. I criteri per la definizione del target sono:

- rischio imminente di grave rottura sociale e/o reato
- uso e abuso di sostanze in presenza di disturbo mentale severo ed elevata problematicità sociale
- presenza di misure alternative alla detenzione
- a rischio di esecuzione delle misure di sicurezza presso l'OPG e/o l'attuale REMS.

Ciò inverte il principio del rafforzamento dei DSM come principale strumento del superamento degli OPG, insieme col sistema di welfare (mix).

Si è così costituito il GRUPPO MULTIPROFESSIONALE "PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI / FUNZIONE REMS", con funzioni di gestione diretta della funzione REMS, nonché di prevenzione e di fronteggiamento delle situazioni di rischio di internamento in REMS, in supporto ai CSM territorialmente competenti. Esso si collega anche all'attività dei CSM in carcere.

In sintesi, i processi accaduti in FVG sono stati caratterizzati da:

- rems a porte aperte
- decentralizzazione della rems come funzione, piccola scala
- co-progettazione tra gli attori istituzionali sia rispetto alla struttura che ai protocolli e alle procedure
- rielaborazione del mandato di controllo e riduzione al minimo degli aspetti reclusivi
- personalizzazione dell'assistenza e progettazione personalizzata (PTRI) con i servizi e le risorse del territorio
- non delega ma condivisione della responsabilità tra utente, sanitari (rems e servizi), ordine pubblico, magistratura.

I risultati principali sono riassumibili come segue:

- 13 persone passate dalle rems in poco più di due anni (una sola da OPG)
- 4 soli presenti adesso (2 a Maniago, 2 a Udine, 0 a Trieste – rems chiusa da 6 mesi)
- Due allontanamenti subito rientrati
- Reinserimento avvenuto per tutti con il concorso dei CSM
- Non contenzione
- 1 solo ricovero in SPDC (PN)

### **Raccomandazioni per una buona pratica**

Occorre:

1. Potenziare il lavoro dei servizi: non solo utilizzare residenze e comunità, ma mettere a disposizione risorse, attività utili alla presa in carico, progetti, il che implica affrontare e prendere in carico la crisi sul territorio, lavorando con le forze dell'ordine evitando deleghe e facendone il motore del percorso di cura successivo.
2. "Ridurre" l'enfasi sulla pericolosità, destigmatizzare attraverso pratiche concrete l'immagine sociale della persona con disturbo.
3. Realizzare progetti personalizzati ad ampio respiro ("Whole life"), coinvolgendo le risorse del territorio e il privato sociale – strumento suggerito il BdS ma anche le sottoequipe di continuità (che utilizzano i principi organizzativi del case management, dell'ACT, del FACT etc).
4. Offrire attivamente le risorse del sistema salute mentale inclusi CSM ed SPDC, residenzialità etc alla magistratura, offrire competenze per programmi e perizie – "concertare" con la magistratura

5. Realizzare protocolli di collaborazione inter-istituzionale con magistratura – e la loro diffusione e applicazione. “Cruscotto” integrato con sanità penitenziaria.
6. Entrare nel carcere come normale pratica degli operatori dei CSM per garantire la continuità terapeutica, offrendo soluzioni in caso di “crisi dell’istituzione”, ora più frequente data la sanitarizzazione del carcere.
7. Evitare la deriva verso le misure di sicurezza, intercettare il rischio di rems, proporre alternative.
8. Se c’è un invio in rems, tentare di socializzare le conoscenze della e attorno alla persona, il supporto, la gestione e il percorso di cura congiuntamente col CSM di riferimento territoriale, e le risorse del territorio (privato sociale innanzitutto).

In definitiva, ciò può consentire di ricostruire il campo della sanzione e trasformarlo, evitando al tempo stesso una acritica psichiatrizzazione.

### **Conclusioni: la cura nella pena, non viceversa**

- 1) per il superamento del doppio binario occorre abolire l’art. 88 c.p. e modificare l’art. 89, oltre ad abrogare la richiesta della pericolosità sociale legata al disturbo mentale attraverso la perizia psichiatrica.
- 2) In questo modo la pena e la cura divengono due cose differenti pur nella loro possibile complementarità; una persona commette un reato e per tale motivo è giusto che debba espriare la pena a lui inflitta dal Tribunale con le aggravanti o attenuanti concesse; se poi quella persona ha bisogno di essere curata dal punto di vista mentale o fisico è giusto che i servizi sanitari, di competenza, lo curino.
- 3) per tale motivo, per quanto riguarda anche le persone con disturbo mentale va garantita la continuità terapeutica in carcere da parte dei servizi nei confronti di persone note, e valutate altre che si ritiene stiano male, con la possibilità, al bisogno, di poterle accogliere, per un periodo di tempo determinato all’interno dei nostri servizi.

La cura deve quindi porsi nella tutela dei diritti: riteniamo che l’attenzione e le risposte che noi operatori della salute mentale dobbiamo dare alla nostra utenza non siano solo i farmaci ed i colloqui, ma anche **sostegno e aiuto per tutelare i loro diritti all’interno dell’istituzione carceraria e del percorso giudiziario**. Ciò vuol dire permetterle di avere un avvocato preparato alla sua difesa, di confrontarsi con gli operatori penitenziari sulla sua collocazione all’interno di una sezione,

facilitare i colloqui con i suoi familiari, permetterle di usufruire delle misure alternative alla detenzione, sempre che la posizione giudiziaria lo permetta.

Dovremmo in definitiva evitare che avvenga un semplice spostamento: la nozione di rischio (riferito alla situazione) si sostituisce a quella vetusta, lombrosiana, di pericolosità (come attributo dell’individuo). Ha scritto Robert Castel:

*La “cultura del rischio” estrapola la nozione di rischio, ma la svuota del suo contenuto sostanziale e le impedisce di essere operativa. Evocare legittimamente il rischio consiste non tanto nel collocare la paura e l’incertezza nel cuore dell’avvenire, quanto piuttosto, al contrario, nel cercare di fare del rischio un riduttore di incertezza, allo scopo di governare l’avvenire sviluppando strumenti appropriati che lo rendano più sicuro. Ma (...) è necessario ugualmente chiedersi se il loro proliferare non comporti anche una dimensione sociale e politica, visto che essa è generalmente presentata come il segno di un destino ineluttabile (Robert Castel, l’insicurezza sociale, 2003 / 4).*