

I diritto alla cura, la cura del diritto

Il profilo degli utenti a partire dai dati sulle rems
La deistituzionalizzazione continua

Napoli, 30/05/2018

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) avvenga presso le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Si introduce 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. Si porta infatti 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 con la commissione Marino che, per quello che riguarda proprio l'OPG di Aversa, veniva dopo la forte denuncia delle condizioni disumane degli internati da parte della Commissione Europea contro la tortura nel 2008, la cui relazione costò all'Italia una condanna del Consiglio d'Europa.

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

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 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 la legge ha introdotto: la gestione di queste persone 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 ritenuti non dimissibili dagli OPG (una ristretta minoranza) o anche nuovi, per i quali il giudice abbia disposto una misura di sicurezza detentiva; anche le REMS debbono prevedere una gestione interna totalmente sanitaria e, ove necessario, una vigilanza perimetrale cui sono affidati compiti di custodia.

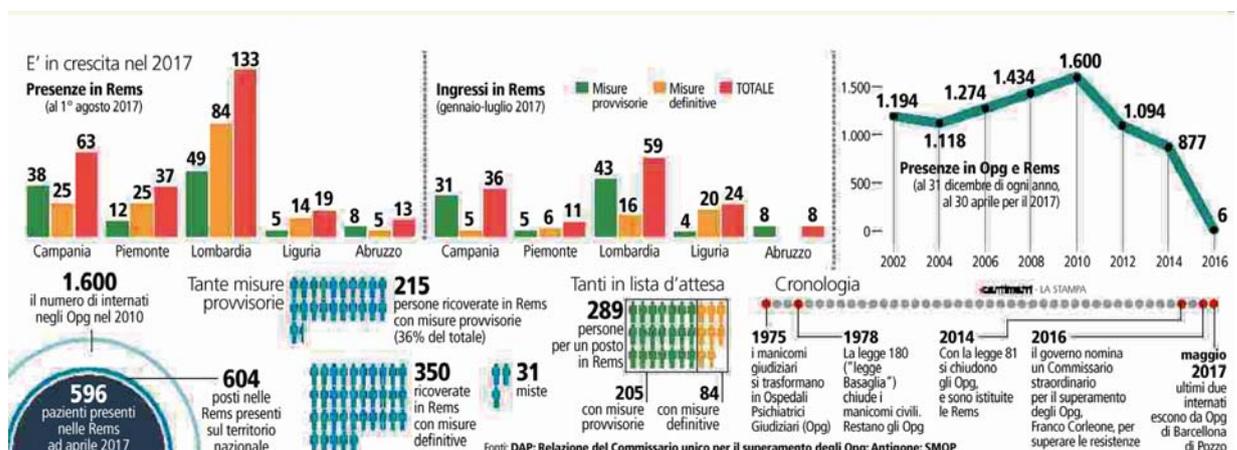
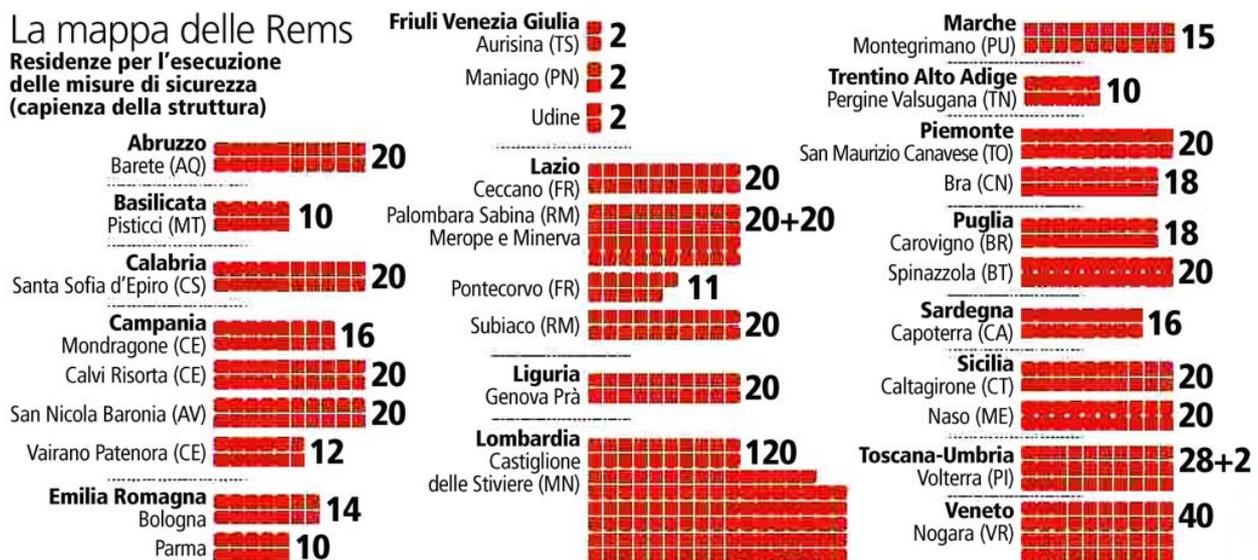
L'ulteriore e ben più difficile compito dovrà necessariamente essere la riforma del codice penale in vigore (Codice Rocco di epoca fascista) , in particolare nella parte inerente la controversa definizione. di imputabilità. Ma questa evidentemente è un'altra storia!

Stato dell'arte

Il mio intervento si prefigge lo scopo di fare il punto sull'attuale stato di applicazione della L. 81/14, anche alla luce della esperienza maturata in questi 3 anni di gestione della REMS provvisoria di Mondragone, attivata nella struttura residenziale ed in stretta integrazione con le attività territoriali della UOSM 23. Al 20/04/2018 risultano attive 30 REMS per un totale di 604 (+2) p.l., mentre 591 sono le persone internate (2), mentre al 18/09/2017 erano 596 (1). 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 più procedimenti in corso). Mentre sono 441 sono le persone con misura di sicurezza in "lista di attesa", al 18/09/2017 erano 289 (1). Si registra dunque un elevato incremento con una curva crescente anche di 50 persone a settimana.

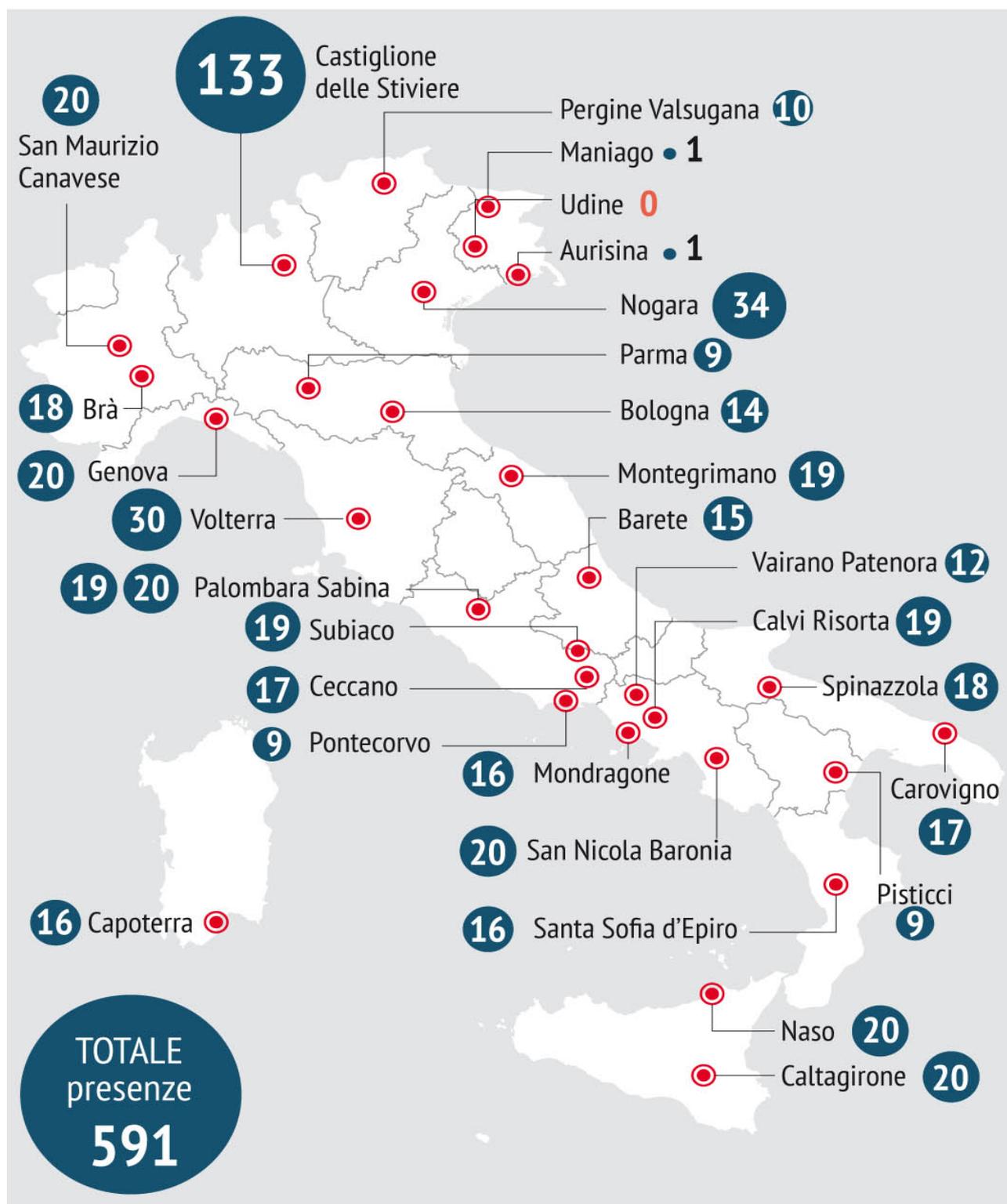
La mappa delle Rems

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



(da La Stampa, 18 settembre 2017) (1)

I NUMERI



L'EGO

(da Avvenire, 20 aprile 2018) (2)

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 18/09/2017 (1), 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 ei 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. (3)

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?

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. (4)

Atro dato lampante è la dimensione della presenza femminile che rappresenta meno del 10% delle presenze nelle Rems. Solo dodici strutture 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 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. (6)

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 famigliari, 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 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).(3) 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 (5)

Ancora non si possono sottacere le difficoltà derivanti dal fatto che 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 della 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 vanno a sommarsi alla già precaria condizione degli "internati" che sono rappresentati da "pazienti ad alto carico" e "fallimenti" dei CSM, ove spesso si scontrano "rifiuti" da ambo le parti.

Ribadiamo dunque come le R.E.M.S per la legge 81/14 devono 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.

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 appena 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.

Dobbiamo dunque andare al superamento delle REMS!

La deistituzionalizzazione è un processo continuo!

Concretamente nella nostra esperienza, con questi presupposti, 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.

In sintesi devono essere piccole strutture con pochi p.l., 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.

E' evidente che 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.

Altro dato lampante risulta la dimensione della presenza femminile che rappresenta meno del 10% delle presenze nelle Rems. Solo dodici strutture 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 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. (6)

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1) Il lato oscuro delle Rems: metà dei pazienti rinchiusi prima ancora del giudizio, numero speciale de La Stampa, 18/09/2017
- 2) Reportage. Viaggio nelle Rems, dove la sfida tra cura e follia resta irrisolta, di Viviana Daloso, Avvenire, 20/04/2018
- 3) 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)
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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)

Dott. Giuseppe Ortano

Direttore UOSM 23 ASL CASERTA

Resp. Nazionale Nuove Marginalità e Nuovi Diritti

PSICHIATRIA DEMOCRATICA