



Oltre il dramma Carcere. La legge 81: una riforma da completare. Psichiatria e Giustizia una relazione pericolosa. Una tragica nostalgia di manicomio.

Coordina: Susanna Marietti

Relatore: Pietro Pellegrini

Roma 6 -7 dicembre 2024

Intervento di Pietro Pellegrini¹

Riassunto

L'intervento evidenzia l'ampliamento dell'area dell'azione penale che sommando, detenuti, misure alternative, liberi sospesi riguarda circa 270 mila persone. Al fine di diminuirla vengono avanzate diverse proposte. Per ridurre il sovraffollamento detentivo si propone l'introduzione del numero chiuso e il dimezzamento del numero dei detenuti mediante misure alternative, misure di legge su indulto e le droghe. Viene rilevato lo stato di attuazione della legge 81/2014 e la necessità di completarla superando il doppio binario. Il problema della lista di attesa e l'impatto sui servizi sanitari deve essere analizzato a livello regionale prima di intraprendere azioni di aumento dei posti REMS, differenziazioni delle REMS (alta, media, bassa sicurezza) o per funzioni. Il rapporto tra psichiatria e giustizia può diventare pericolosa se le norme e gli approcci sono diversi: la 180 da parte della psichiatria e il codice penale del 1930 e la legge 36/1904 per la giustizia. Questo rischia di riportare ad una psichiatria "dell'obbedienze giudiziaria" orientata verso forme di tipo neomanicomiale. Un impianto non sostenuto dalle evidenze scientifiche. Gli approcci basati sul modello olistico (biopsicosociale, culturali, economici e ambientali) possono essere comuni a psichiatria e giustizia. Le prassi fondate sui diritti e la deistituzionalizzazione possono dare risultati significativi. In considerazione della difficoltà, per gli operatori sarebbe molto importante superamento della posizione di garanzia in favore del "privilegio terapeutico".

Alcune proposte di legge (PdL 1.113/2023, 753/2023) presenti in parlamento da un lato sostengono la realizzazione della legge 180 e mirano al superamento del doppio binario (PdL 1.119/2023). Altre (PdL 1179/2024) propongono norme (revisione dei requisiti per TSO, TSO in carcere, aumento dei posti psichiatrici negli Istituti di Pena fino al 3% dei posti, legittima contenzione) mentre il PdL 1171/2024 prevede il raddoppio dei posti in SPDC. Sono proposte non condivisibili che minano l'impianto della 180 e rischiano di riportare in auge la psichiatria coercitiva di stampo neo manicomiale. Serve la consapevolezza di quanto realizzato, un lavoro culturale e politico per una società solidale e inclusiva e continuare in una proficua collaborazione interistituzionale a dare realizzazione alla Costituzione e alla 180. Un bene comune di questo Paese.

¹ Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Ringrazio per l'invito. Cercherò di delineare i problemi per punti e favorire la discussione.

1) Oltre il dramma del carcere

Dimensioni dell'area penale

Dai dati del ministero della Giustizia al 31 ottobre 2024 in carcere vi erano **62.110 detenuti** di cui 2693 donne (4,3%) e 19.792 stranieri (31,8%) rispetto ad una capienza regolamentare ufficiale di 51.181 posti (indice di occupazione 121,3%); i posti effettivamente disponibili sarebbero 46.759 (indice occupazione 132,8%). Per avere un riferimento, nel 2014 i detenuti erano 53.623.

Vi sono 16 madri detenute (di cui 9 straniere) con 18 figli (10 stranieri) al seguito.

L'Area penale esterna (Probation) al 15 nov 2024 sono in carico 93.780 persone nel 2014 erano 31.865. Un aumento del 300%.

I c.d. "**liberi sospesi**"² sono circa 90 mila persone. Un numero molto alto del quale ci si preoccupa poco e senza toni allarmistici (a differenza della lista di attesa per le REMS) che certifica una grave difficoltà del sistema dell'esecuzione penale, inconciliabile con i principi costituzionali e della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

Giustizia minorile: in carico agli Uffici di Servizio Sociale vi sono in tot. 21.053 (15 nov 2024).

L'area penale conta circa 270 mila persone. Di fronte a questo le azioni da intraprendere sono:

a) Limitare l'ambito dell'azione penale ridando spazio ad interventi diversi di tipo sociale e amministrativo sia per le persone sia per migliorarne l'efficienza della giustizia.

b) Ridurre il sovraffollamento

A fronte di un sovraffollamento ufficiale del 121,3%, dal Rapporto di Antigone, 2024³ si evincono **significative variazioni regionali** "in Puglia (152,1%), in Lombardia (143,9%) e in Veneto (134,4%)". "A fine marzo i singoli istituti più affollati erano Brescia Canton Monbello (209,3%), Lodi (200%), Foggia (195,6%), Taranto (184,8%), Roma Regina Coeli (181,8%), Varese (179,2%), Udine (179%), mentre complessivamente **gli istituti che avevano un tasso di affollamento superiore al 150% erano ormai 39**, sparsi in tutta Italia, ed insieme ospitavano 14.313 persone." Nell'ultimo anno "**la crescita delle presenze è stata in media di 331 unità al mese**" come conseguenza anche di un aumento dei reati e di pene di maggiore durata.

In carcere si registra un **aumento della popolazione anziana** (10% oltre i 70 anni) con un incremento delle patologie croniche e gravi che incide sulla salute compresa quella mentale e sul carico sanitario.

I suicidi sono 85 dall'inizio dell'anno al 30 novembre 2024 e 7 si sono avuti tra gli agenti. 146 reclusi sono morti "per altre cause" di cui 28 da accertare. **Il tasso è 20 volte superiore a quello della popolazione generale.** Si sono registrati 1.564 tentati suicidi oltre 10.000 casi di autolesionismo soprattutto tagli alle braccia o al torace. Ogni suicidio è un evento sentinella che richiede un'analisi organizzativa.

² "La condizione di "libero sospeso" è propria di chi, essendo stato condannato con sentenza definitiva a una pena detentiva non superiore a quattro anni, dopo la sospensione dell'ordine di esecuzione della pena (art. 656, co. 5 c.p.p.) attende per molto tempo (spesso per anni) la decisione del tribunale di sorveglianza sulla richiesta di una misura alternativa alla detenzione. Come risulta da una recente risposta scritta del Ministro della giustizia a una interrogazione parlamentare, i "liberi sospesi" sono oltre 90.000.

³ Antigone XX rapporto sulle condizioni di detenzione. Un nodo alla gola. 2024

Le relazioni dei Garante Nazionali⁴ Mauro Palma (2023), i cui dati sono riferiti al 2022 e D'Ettore (2024) , evidenziano che la **“vulnerabilità sociale” riguarda circa 80% dei suicidi, le persone straniere (55%), senza tetto (26%) e “solo” il 13% presenta all’anamnesi patologie psichiatriche**. La posizione giuridica dei suicidi era per il 54% persone con misure non definitive e il 37% era in attesa del primo giudizio. Nel 2022 le **donne** suicide erano 5 su 85, in percentuale superiore (2,1 per mille detenuti) a quella maschile (1,48). Dagli studi emerge la rilevanza di periodi critici (udienze, fine pena), delle stagioni (l'estate), delle sedi della detenzione (media sicurezza) e del sovraffollamento.

Il disagio psichico è presente in tutte le sezioni detentive ed è elevato il ricorso agli psicofarmaci, utilizzati più che per finalità terapeutiche per una “sedazione collettiva” e “pacificazione” delle sezioni. “Il 20% persone detenute (oltre 15 mila) fanno regolarmente uso di stabilizzanti dell’umore, antipsicotici e antidepressivi, cioè di quella tipologia di psicofarmaci che possono avere importanti effetti collaterali con picchi del 70% a Trento e del 44% a Modena; il 40% (30 mila persone) fa uso di sedativi o ipnotici.” (Rapporto di Antigone). Abuso di sostanze e utilizzo di psicofarmaci i carcere è 5 volte superiore alla popolazione generale.(L’Altraeconomia, 2023)

“In carcere **la presenza di un diffuso disagio psichico** rimane una delle problematiche più spesso segnalata all’Osservatorio di Antigone: il 12% delle persone detenute (quasi 6.000 persone) ha una diagnosi psichiatrica grave (l’anno scorso era il 10%).” (Rapporto Antigone p. 226).

“Sta diventando un carcere di matti” per il problema l gran numero di malati mentali impropriamente detenuti?

Si tratta di una lettura sommaria in quanto i dati andrebbero meglio raccolti distinguendo bene sul piano diagnostico (tenendo conto anche dell’espansione avvenuta con le diverse versioni dei Manuali Diagnostici Statistici): disturbi psicotici, problemi di personalità, antisocialità, uso di sostanze e alterazioni comportamentali. Questi sono multideterminati e non vanno ricondotti, quando presente al solo disturbo mentale.

Dai dati della Emilia Romagna emerge che il problema della salute mentale e delle dipendenze patologiche negli Istituti di pena è rilevante e il 16,1% dei detenuti presenta quadri clinicamente significativi⁵. Di questi la maggior parte sono costituiti da Disturbi nevrotici e somatoformi (8,1%), disturbi della personalità 3,9%, disturbi dell’umore 3,3% e schizofrenia 1,6%, ritardo mentale 0,1%. Una quota molto modesta presenta disturbi mentali considerati “gravi”. Rilevanti sono problemi da sostanze 29,2% dei detenuti (di cui 37,8% da eroina, 29,4% cocaina).

Se il disagio psichico è diffuso e riguarda tutti coloro che in carcere vivono, se vi è il **“carcere manicomio” (Antigone, p. 225), questo non dipende dal numero delle persone con disturbi mentali detenute ma dalla gestione del carcere secondo il modello dell’istituzione totale (Goffman)**.

Dopo la chiusura dell’OPG negli Istituti di Pena sono state create le **Articolazioni Tutela Salute Mentale (ATSM)**. In Italia sono **32, collocate in 17 istituti penitenziari e vi sono 230 persone** con circa 300 posti. La loro configurazione, mandato e modello di funzionamento e qualità sono oggetto di riflessioni critiche.

⁴ Per un’analisi dei suicidi negli Istituti Penitenziari. Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Studio a cura dell’Unità Privazione della libertà in ambito penale: Emanuele Cappelli, Giovanni Surino, Davide Lucia, Tiziana Fortuna. Con la collaborazione di Nadia Cersosimo. Roma 18 aprile 2023

Focus suicidi in carcere anno 2024 (Aggiornamento al 6 agosto 2024). Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale Presidente Avv. Prof. Felice Maurizio D’Ettore, Avv. Irma Conti, Prof. Mario Serio
Analisi dati a cura di Giovanni Suriano (GNPL) Fonte: Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (Dap)

⁵ Regione Emilia Romagna (2017) Report 2017 sulla salute in carcere in Emilia Romagna. Dati 2016 E-R Salute <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere>

Fondamentale è la territorialità e il rapporto con i DSM e i servizi sociali. Nel dicembre 2021 l'ATSM Sestante di Torino è stata chiusa per condizioni di degrado.

I detenuti con “diagnosi psichiatrica accertata” sono 350 (Relazione Garante 2023).

“**Le ore di servizio** degli psichiatri erano in media 9,14 ogni 100 detenuti, (in leggero aumento rispetto all'anno precedente quando erano 8,75), quelle degli psicologi 19,8 ogni 100 detenuti.” (Rapporto Antigone). Reclami e risarcimenti per trattamenti inumani e degradanti sono stati 7.643 nel 2022.

c) Applicare le norme già esistenti

Un insieme di misure possono essere applicate in quanto già previste dalla normativa: **residualità del carcere e regionalizzazione**. Questa è fondamentale per il mantenimento di relazioni affettive e sessualità in applicazione di una sentenza della Corte Costituzionale (n.10/2024).

L'assenza di relazioni significative in un contesto di privazione della libertà rischia di svuotare e spegnere la persona, la quale esiste in stretto rapporto ai ruoli che esercita in famiglia e nella società. Tenere conto di questo è molto importante in rapporto alla **concezione della pena** che mai dovrebbe compromettere attività e ruoli funzionanti non collegati al reato, ma al contrario dovrebbe preservarli e implementarli perché ciò può aiutare l'elaborazione del reato, riduce lo stigma, permette di dare motivazione e senso all'esperienza. Anche mediante la tecnologica è possibile garantire la comunicazione con l'esterno, mantenere i legami interpersonali, facilitare l'uscita preservando sempre libertà, autodeterminazione e responsabilità per la propria e l'altrui sicurezza. Promuovere attività di Studio, formazione lavoro, cultura e sport per dare senso al tempo ed evitare il vuoto e la noia.

“**Individualizzare il trattamento** delle persone detenute come previsto dalla legge sull'ordinamento penitenziario” (Antigone) e attuare percorsi sanitari e promuovere sani stili di vita.

Applicare le “Linee Guida Internazionali sulle Alternative all'Isolamento Penitenziario”

Rispetto dei diritti diversi sono i fatti preoccupanti (Modena del 2020, Santa Maria Capua Vetere, Reggio Emilia ed al.)

d) Proposta: dimezzare i detenuti da 60 mila a 30 mila

Per ridurre il sovraffollamento il carcere dovrebbe essere a numero chiuso, cioè non dovrebbe avere posti in più rispetto a quelli autorizzati e disponibili sia per ragioni di sicurezza che valgono in ogni ambito civile sia per assicurare spazi e un adeguato rapporto con il personale. L'organizzazione è essenziale per dare attuazione ai diritti.

Questo principio fondamentale potrebbe contribuire a creare una cultura operativa diversa, meno burocratica e più incentrata sull'individuazione di priorità in relazione alla tipologia di reati e alle condizioni delle persone. Porterebbe a vedere in modo più unitario l'irrogazione di una pena e la sua esecuzione.

Il numero chiuso può portare ad un più appropriato uso del carcere come avviene in altri Paesi europei (attualmente ad esempio solo il 24 % dei condannati va in carcere in Francia e in Inghilterra mentre in Italia l'82 per cento) e all'ulteriore sviluppo di misure alternative (messa alla prova, lavori socialmente utili, case per persone con pene brevi ed al.) e interventi (mediazioni, giudici di pace,) che possano ridurre l'ambito di competenza penale.

Nel nostro paese chi commette reati lievi ma socialmente molto stigmatizzati (furti, scippi, spaccio) deve avere percorsi dedicati e non trovarsi detenuto. Il carcere deve restare residuale ed è un'esperienza che va il più possibile prevenuta in quanto potenzialmente patogena.

La detenzione andrebbe ridotta o evitata:

- per le persone che violano l'art. 73 legge 309/1990 (droga)

“Su 40.661 ingressi nel 2023, ben 10.697 (il 26,3%) sono dovuti alla violazione dell'art. 73 della legge sulle droghe e 15.492 (38,1%) sono le persone classificate come tossicodipendenti. Una cosa abnorme. I numeri dei presenti confermano la preponderanza della questione sociale legata al consumo e al piccolo spaccio di droghe. 60.166 detenuti di cui 19.521 (34,9%) per violazione dell'art. 73 e 17.405 (28,9%) classificati come tossicodipendenti.”⁶

- per le persone in attesa di giudizio (9.915 persone al 31 ottobre 2024)

- per i soggetti con pena inferiore ad 1 anno mediante misure alternative favorite dall'apertura di Case di transizione, Case territoriali di reinserimento sociale (come proposto dal PdL 1064/2023). Ciò ci avvicinerebbe all'Europa dove è attiva Rescaled, una rete che sostiene modelli di detenzione su piccola scala che mettono in discussione l'efficacia dei grandi complessi carcerari e delle tradizionali misure di sicurezza. (Rapporto Antigone p.220)

Andrebbero prese:

- Misure per collocare in comunità terapeutica persone con tossicodipendenza (ex art 94 l. 309/1990) e senza casa come è previsto dalla L. 8 agosto 2024, n. 112, in attesa dei decreti attuativi.

- Misure alternative per i malati gravi

- Misure alternative in deroga umanitarie per le persone nelle quali l'infermità mentale sia sopravvenuta (Corte Costituzionale sentenza n.99/2019)

- Misure alternative per le detenute con figli minori

Un approfondimento meritano le questioni delle migrazioni evitando di incarcerare per violazioni della legge Bossi Fini.

Potrebbe essere molto utile l'approvazione di: indulto, liberazione anticipata, amnistia, misure alternative in deroga, modifiche alla legge sulle droghe, esteso il rinvio facoltativo della pena (Corte costituzionale n. 279 del 2013).

La riduzione dei detenuti potrebbe consentire di non costruire nuove carceri e di riconvertire la spesa attualmente di circa 11 miliardi e liberare progressivamente risorse da destinare al potenziamento del welfare territoriale (sanità e sociale) e UEPE.

Nell'esecuzione della pena vanno contrastate la perdita di speranza, di diritti e riferimenti, la povertà, il disimpegno morale, isolamento sociale, discriminazione, infantilizzazione, la perdita di ruoli.

Questione di genere (femminile e LGBTQ+)

Giustizia minorile

L'approccio di tipo educativo codificato nel codice di procedura penale minorile del 1988 rischia di essere compromesso dal decreto legge 123/23 (cosiddetto Caivano, convertito nella legge 159/23), che ha grandemente ampliato le possibilità di ricorso al carcere in fase cautelare. Questo ha portato ad aumentare i minori detenuti (565 al 15 nov. 2024) mentre 1.080 sono ospiti di comunità per minori. Il minori seguiti di dagli Uffici di servizio sociale sono 21.053 di cui 16.202 italiani (77%) e 1923 femmine (9.1%).

⁶ Stefano Anastasia e Franco Corleone “L'introduzione al quindicesimo Libro Bianco sulle droghe. Con il ricordo di Luigi Saraceni.” Fuoriluogo 24 giugno 2024 <https://www.fuoriluogo.it/pubblicazioni/libro-bianco-sulle-droghe/proibire-e-punire-leterno-ritorno-dellidentico/>

2) Legge 81 una riforma da completare

a) In mancanza di **un osservatorio nazionale** che andrebbe ricostituito, si stima che i DSM seguano circa 6-7.000 persone con misure giudiziarie e circa il 70% di queste è ospite delle strutture residenziali. I pazienti seguiti dai DSM a livello nazionale sono circa 800 mila e quelli in residenze sono quasi 30 mila. Quindi i pazienti con misure giudiziarie rappresentano circa 1% dei pazienti in cura e il 15-20% degli ospiti delle residenze. Un dato di un certo rilievo che va visto tenendo conto del peso psicologico e il carico di lavoro nonché di richieste improprie che grava sugli operatori.

Al 31 dicembre 2023 erano attive 31 REMS con 577 pazienti. Di questi 144 erano stranieri (il 25%) e 63 erano donne (l'11%), il 10% sono senza tetto.

Le misure giudiziarie definitive sono poco più della metà (un 10% è seminfermo di mente e spesso ha già scontato una pena) e oltre il 35% è con misure provvisorie.

La lista di attesa vede un divario (25%), registrato dalla stessa Corte Costituzionale tra i dati, al 31 luglio 2021, del DAP e quelli delle Regioni: 750 persone secondo il DAP, e 568 secondo la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Secondo il Rapporto di Antigone la lista di attesa è di 526 persone di cui 94 (18%) non sono temporaneamente inseribili, per motivi giuridici, anche se vi fosse il posto.

La lista di attesa è concentrata in 4 regioni: Sicilia (209 persone pari a circa il 40%), Campania (93 pari al 17,6%), Lombardia 73 e Lazio 67. Insieme fanno oltre l' 83% della lista complessiva. A queste si aggiunge la Calabria che non risulta in SMOP.

“Delle 154 formali assegnazioni in REMS di persone di competenza delle regioni che hanno completato le attività di inserimento in lista di attesa secondo tutti questi criteri, circa il 27% non potrebbe essere eseguito, anche in caso di immediata disponibilità di posti liberi, e circa il 42% dovrebbe essere prima interessato verso la possibile soluzione alternativa definita dai Servizi sanitari. Pertanto, nel rispetto dei principi della legge 81/2014, **può stimarsi che solo il 32% dei presenti in lista di attesa avrebbe effettiva necessità di accoglienza in una REMS**” (Rapporto Antigone, p. 240).

La Regione Lazio vede un rapporto persone detenute/persone con misure di comunità di 1,36 contro una media nazionale di 0,7. Calabria è 1,12 e Campania 1,04.

Il numero di persone in libertà vigilata è passata da 2031 del 2011 a 4.839 del 2023. Anche qui si notano differenze regionali: a fronte di una media nazionale di misure di sicurezza di 6,8 per 100 mila ab/anno, la Regione Lazio è a 4,3, Toscana 4,8.

Le persone detenute “sine titulo” secondo i dati del 2023, erano 42 e in larga parte con misure di sicurezza detentive provvisorie. E' possibile prevenire queste situazioni sia per evitare la violazioni di diritti e procedimenti della CEDU (Sy contro Italia)⁷.

b) Diritti

⁷ Causa SY contro Italia – Prima sezione – sentenza 24 gennaio 2022 (ricorso n. 11791/2020)

Per quanto con l'approvazione della 180 siano **migliorati i diritti delle persone con disturbi mentali molto resta da fare sia in ambito penale⁸ che civile⁹.**

Il Codice penale è del 1930 e prevede ancora il doppio binario, la non imputabilità, la pericolosità sociale e le misure di sicurezza. Un impianto fondato su conoscenze non scientifiche, che sarebbe da superare completamente prevedendo sempre l'imputabilità e solo in fase di esecuzione penale, definire i bisogni di cura specifici anche in relazione alle modalità della sua applicazione.

La salute mentale è parte essenziale della salute che va vista in modo olistico, secondo il modello biopsicosociale, culturale e ambientale. La misura giudiziaria s'inserisce in questa complessità e non sono utili le semplificazioni manichee (salute-malattia).

Le capacità di intendere e volere non sono categorie dicotomiche ma dimensioni. Quindi in una certa misura sono sempre presenti. Il fatto reato e i vissuti ad esso connessi sono molto rappresentati nel mondo interno della persona che ha bisogno di essere riconosciuta, degna di ascolto e di sentire la parola della legge. Ha bisogno di assumersi la responsabilità rispetto a quanto accaduto e di avere sicurezze circa i tempi, le forme della sua pena, declinata come espiazione, rieducazione, trattamento, reinserimento sociale, cura e riparazione e riconciliazione possibile.

L'attuale situazione con il proscioglimento crea situazioni incomprensibili alla persona e ciò ostacola la consapevolezza e l'elaborazione di quanto accaduto. Tempi e garanzie molto incerti creano angoscia, specie quando le misure sono provvisorie, o come la libertà vigilata senza un termine preciso. Anche quando un termine massimo esiste, come nel caso della misura di sicurezza detentiva definitiva, che sulla base della legge 81, non può avere durata superiore alla pena edittale massima prevista per il reato commesso, nella pratica assai difficilmente viene fissato un termine, ma si procede a proroghe di solito annuali.

La legge 81 in continuità con la legge 180, ha avuto un successo inatteso e gli OPG sono stati sostituiti dal sistema di welfare di comunità, quindi dei servizi sociali e sanitari, in primis i Dipartimenti di Salute Mentale al cui interno operano le REMS. **Si fonda su una metodologia che deve essere condivisa tra istituzioni diverse** che insieme, ciascuna per le proprie responsabilità e competenze, sono tenute alla collaborazione: magistratura, UEPE, DAP, avvocatura, psichiatria, garanti, servizi sociali, prefetture, forze dell'ordine, società civile, associazioni di utenti e familiari. Un dialogo aperto e continuo tra soggetti diversi che consente di affrontare i diversi problemi che sono complessi e coesistenti. **Non solo legati al disturbo mentale e alla sua cura, ma collegati ai determinanti sociali della salute: reddito, formazione, lavoro, casa, relazioni familiari e sociali. Per questo è fondamentale coinvolgere Comuni, Prefetture, società civile.**

Una complessa **intersezionalità dei problemi** che vanno affrontati con metodo secondo i principi della rilevabilità, modificabilità ed efficacia.

La collaborazione inter istituzionale rappresenta un grande risultato e un elemento di fiducia per il futuro specie se si continuerà con le relazioni, la formazione congiunta, la reciproca comprensione delle specificità e dei linguaggi. Ciò sta cambiando il senso del disturbo mentale e della misura giudiziaria per considerare la persona, la sua storia e il suo progetto di vita.

⁸ Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Cecilia Paraggio, Clara Pellegrini, Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare! L'Altro, Anno XXIV, n. 2 Luglio Dicembre 2021, 25-30

⁹ Pellegrini P. e coll. Persone con Disturbi Mentali: diritti e doveri in ambito civile, L'Altro Rivista di Psichiatria Anno XXV, n.1 Gennaio-Giugno 2022, 26-34

Vi è un alto carico sanitario per la presenza di persone con problemi/disturbi da sostanze ed una molteplicità di patologie croniche anche molto gravi che sarebbero meglio curabili all'esterno¹⁰. La percentuale elevata di stranieri e di persone povere e abbandonate evidenzia la rilevanza dei problemi sociali.

c) Decostruire le contraddizioni

Un percorso così complesso prevede delle contraddizioni, in particolare tra cura/controllo-custodia, da decostruire. Questo sia su base giuridica ed etica ed una corretta valutazione dei rischi/benefici.

In questo ambito vi è spesso una erronea e parziale valutazione dei rischi e quindi conseguente distorsione della sua percezione; al contempo vi è una sopravvalutazione delle competenze e delle capacità predittive e preventive dei servizi di salute mentale che genera un eccesso di attesa circa l'efficacia di determinati interventi considerati acriticamente come efficaci, alimentando così un'inesistente onnipotenza della psichiatria.

Sui rischi dobbiamo evitare che si riproponga il pregiudizio del malato mentale come pericoloso a sé e agli altri e ciò venga interiorizzato sia dai pazienti che dagli operatori dei servizi, sulla base anche della **"posizione di garanzia" (art 40 c.p.)**. Una situazione che finisce per gravare molto negativamente sugli operatori e **andrebbe superata a favore del privilegio terapeutico.**

"Solo il 3-5% dei crimini è attuato da individui affetti da una patologia mentale"¹¹ una percentuale piuttosto bassa se si tiene conto che in un anno il 15-20% della popolazione presenta un disturbo mentale. **E' molto più probabile che le persone con disturbi mentali possano essere vittima che autrici di reati.**

Se utilizziamo i riferimenti statistici risulta che **il tasso di omicidio in Italia è pari allo 0,6 per 100mila abitanti** (un decimo rispetto agli USA); **il rischio di morire per un incidente sul lavoro è di 2 per 100mila abitanti.**

d) Le proposte

Sul piano metodologico il problema dei posti va visto a livello regionale abbandonando l'idea di soluzioni nazionali (come è stato per la REMS di Calice al Cornoviglio). I principi della residualità della misura di sicurezza detentiva, territorialità, massimo 20 posti, numero chiuso, l'assenza di contenzioni restano fondamentali per le REMS. Lo stesso l'attuazione all'Accordo Stato Regioni del 30 nov. 2022, aprire i PUR (Punti Unici di Regionali) e gestire le liste di attesa con nuovi criteri dando priorità ai detenuti "sine titolo" e ai reati gravi, stilare protocolli con la magistratura.

Prima di procedere è indispensabile un'analisi delle situazioni regionali per comprendere lo stato di attuazione della legge 81/2014 ed intervenire selettivamente.

La lista di attesa sia concentrata in 5 regioni per altro quelle con una maggiore dotazione dei posti REMS. Aumentarli non servirebbe a risolvere la lista di attesa che senza un cambio dei processi di funzionamento, dopo poco tempo si riformerebbe. Quindi serve lavorare sull'appropriatezza dei percorsi di cura, giudiziari e la qualità dei progetti di vita piuttosto che sulla logica del posto (dove lo metto).

L'attenzione all'intera filiera, può sviluppare le culture della prevenzione delle misure di sicurezza detentive in favore della libertà vigilata, come per altro prevede la legge 81/2014. Gran parte delle persone in lista è nel territorio e spesso sono seguite dai servizi di salute mentale e spesso si dimostra che la misura di sicurezza detentiva non è necessaria. In molti casi per i pazienti in REMS è possibile revocare la misura di sicurezza detentiva.

¹⁰ Pellegrini P. Salute mentale e dipendenze negli Istituti Penali di Parma Il Vaso di Pandora 29 ottobre 2024

<https://vasodipandora.online/salute-mentale-e-dipendenze-negli-istituti-penitenziari-di-parma/>

¹¹ Nivoli A. M. ed al Sulla psichiatria e imprevedibilità del comportamento violento sulla persona Suppl- 1 Riv. Psichiatr. 2020; 55 (6): S33-S39

Quindi occorre un lavoro circostanziato, personalizzato e gli ostacoli sono non tanto di natura psicopatologica ma prevalentemente sociale: mancanza di documenti e rete familiare e sociale, reddito, casa, lavoro. Per questo vanno sostenuti i DSM con adeguati finanziamenti. Favorire la prossimità per agevolare la presa in cura e per questo l'ambito regionale deve essere quello di riferimento massimo.

Collocazioni nazionali o in macroaree regionali, fatti salvi casi specifici, rischia di creare fenomeni di sradicamento e di abbandono dei pazienti rendendo molto più difficili i percorsi di cura e il mantenimento dei legami familiari, sociali e territoriali.

La differenziazione delle REMS secondo funzioni (ad es. diagnostiche e riabilitative) deve tenere conto dei limiti delle strutture residenziali.

Anche la distinzione tra REMS ad alta, media e bassa sicurezza, già sperimentata in altri Paesi, rischia di essere rischiosa in quanto aumenta la distanza con i servizi territoriali e accresce lo stigma e il vissuto di indimissibilità per l'inadeguatezza dei CSM rispetto a pazienti percepiti come pericolosi di fronte ai quali dovrebbero avere una posizione di garanzia.

Collaborazione interistituzionale come auspicato da Consiglio Superiore della Magistratura, dal Comitato Nazionale di Bioetica, dalla Corte Costituzionale

La gestione delle liste e una concertazione dei tempi, può prevenire le detenzioni sine titulo.

La riduzione delle misure di sicurezza provvisorie

Non inviare in REMS le persone seminferme ex art 219 c.p. dopo che hanno scontato la pena in carcere

Le misure di sicurezza detentive provvisorie sarebbero da abolire per via legislativa.

Applicare alle misure di sicurezza detentive quanto previsto dalla l. 67/2014 in tema di misure alternative. **Fissare un termine alla libertà vigilata** in relazione alla pena per il reato commesso evitando proroghe sine die. La libertà terapeutica può avvenire in residenza ma senza che ciò sia un obbligo giuridicamente imposto.

Sostenere i DSM

E' essenziale potenziare i CSM di personale e risorse per casa, lavoro, socialità. Strumenti quali i Budget di Salute possono sostenere la residenzialità innovata e alternativa. Vanno creati Servizi di cura e giudiziari di comunità e le Unità di Psichiatria Forense in ogni DSM. Questo migliorerebbe la presa in cura, le dimissioni dalle REMS.

Favorire le sperimentazioni regionali (post REMS, modelli di REMS- non REMS, ed al.) per rendere residuali le REMS e iniziare il percorso per il loro superamento.

Il reato può essere "un'occasione" per un esame di realtà e coinvolge i Dipartimenti di Salute Mentale che nel 70-80% dei casi già conoscono i pazienti autori di reato e con i quali occorre lavorare per costruire motivazione e consenso ("share decision making").

Non condivido proposte come il "vincolo di cura" o "misure di sicurezza terapeutiche" che obblighino le persone ai trattamenti prolungati nel territorio. Della loro scarsa efficacia ne sono la controprova il livello di adesione alle cure nella popolazione generale¹², ma anche gli adolescenti che pure sottostanno alla responsabilità genitoriale e le diverse esperienze degli amministratori di sostegno. Ciò dimostra come la cura e ancor più la riabilitazione (in medicina e non solo in psichiatria) non si può imporre e si realizzano solo con il consenso e la partecipazione attiva della persona. A questo proposito è significativo il recente editoriale di

¹² L'adesione alle cure nel caso del diabete vede livelli del 60%, l'adesione agli screening oncologici oscilla dal 40 al 70%.

The Lancet del 17 febbraio 2024¹³ che ha rilevato il sostanziale fallimento del sistema britannico di salute mentale basato sul risk assessment e sui trattamenti coercitivi nella comunità.

Appropriatezza degli accessi in REMS (specie per soggetti con psicopatia, uso di sostanze), di migliorare le dimissioni e il turnover affrontando anche i temi sociali, come l'assenza di documenti, reddito e casa. I pazienti con misura di sicurezza detentiva definitiva rappresentano poco più del 50%. Prima di dire che mancano posti, quelli esistenti vanno utilizzati al meglio, come prevede la legge, solo come estrema ratio.

Aprire nuove REMS implica sostenere costi elevati stimabili in 8-10 milioni di Euro per l'edilizia ogni REMS, oltre a quelli di gestione intorno ai 3 milioni di Euro/anno. Quindi, in una situazione di carenza di risorse, si tratta di fare scelte con molta ponderazione dei benefici e dei rischi. Come noto se non cambia il modello di funzionamento, il solo aumento dei posti letto porta alla loro rapida occupazione e il problema permane.

Non superare il numero di 20 ospiti per REMS e mantenere il numero chiuso.

Occorre attuare un piano per la sicurezza e la qualità delle cure. Servirebbe anche un piano per la formazione e la supervisione.

Fabbisogno di 3 miliardi di Euro necessari per raggiungere il 5% della spesa sanitaria.

3) Psichiatria e Giustizia: una relazione pericolosa

La relazione tra psichiatria e giustizia può diventare pericolosa in quanto le norme di riferimento della 180 e legge 81/2014 sono quelle della Costituzione mentre il codice penale del 1930 fa riferimento alla legge 36/1904.

Un adeguamento del c.p. anche terminologico sarebbe auspicabile (internati ed al) in quanto è negativo il vissuto di queste denominazioni.

La relazione diviene pericolosa se si crea una situazione di una **psichiatria "dell'obbedienza giudiziaria"** facendo perdere alla disciplina il mandato di cura.

Legge 81 attende la riforma dell'imputabilità, superamento del doppio binario, della pericolosità sociale e delle misure di sicurezza.

La legge 81 ha contribuito mettere in crisi della concezione della pena e della sua esecuzione basata solo sugli aspetti retributivi, di privazione della libertà. Una crisi che può essere evolutiva se aiuta a superare posizione manichee sano- malato e a vedere i processi in modo unitario (sentenze, esecuzione delle stesse) obbligando il sistema ad occuparsi di tutte le fasi. Si può aprire una relazione virtuosa e feconda può portare ad un lavoro interistituzionale basato sul riconoscimento di ogni persona e della coesistenza di una pluralità di bisogni, risorse e ruoli. Una complessità che nessun sistema può affrontare da solo.

Quindi un approccio additivo ("et et") al posto del precedente "aut aut".

Salute o malattia preesistente, correlata al fatto reato o concomitante/ conseguente all'esperienza detentiva La legge 81 ha messo in crisi la dicotomia tra sano e malato. Ricoverato- ospite/internato.

La vita contiene la salute, la malattia, la follia e la morte.

¹³<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2900308-8>

Questo inevitabilmente influisce sul doppio binario cioè imputabilità e proscioglimento e sulla concezione della pena. La comunicazione è spesso confusiva ed occorre distinguere salute mentale¹⁴, disagio¹⁵, disturbo mentale.¹⁶ Si tratta di superare la dicotomia tra salute fisica e mentale a favore di una visione unitaria, preventiva e di contesto, con la consapevolezza che ambienti e regole detentive possono essere di per sé fonte di sofferenza. Occorre evitare logiche istituzionalizzanti incentrate sul posto, sugli accorpamenti e sul paradigma della sottrazione di autodeterminazione, soggettività e potenzialità. Serve invece un paradigma additivo che aumenti diritti e protagonismo.

Un approccio biopsicosociale, economico, culturale e ambientale ad ogni persona con la sua storia e le sue relazioni non può essere ridotto ad una mera diagnosi categoriale che non consente di leggere la complessità della situazione e della di vita della persona.

Operare in senso riduzionistico, con una denominazione di un disturbo, magari soggettivizzato, finisce con il non vedere la persona, i suoi bisogni, le sue risorse, la sua storia e relazioni. Mentre Basaglia mette tra parentesi (epochè) la malattia per incontrare la persona, se si opera nel riduzionismo l'operazione della psichiatizzazione va nella direzione opposta, mette tra parentesi l'umanità della persona per incontrare un astrato disturbo o un costrutto giuridico. In questo approccio, tipico delle istituzioni totali, la persona non c'è più, è una diagnosi e addirittura un'appartenenza identificante, è psichiatrico. O è "internato". Con questo si afferma una duplice negazione l'estraneità di se stessi come operatori (non competenza, "è psichiatrico"), il disimpegno morale e l'alienazione dell'altro. Un disinteresse che diventa indifferenza professionale, etica e istituzionale che non è solo del carcere ma riflesso di un atteggiamento sociale che sulla base della paura e della sofferenza impotente, vuole l'allontanamento dei diversi, specie se disturbanti, rivendicando al contempo la propria massima libertà in una sorta di immunità personale rispetto a quel processo di emarginazione (a me non capiterà mai).

Una disconnessione dal destino che anziché essere comune e solidale diviene solo individuale nell'istituzione totale dopo averli ridefiniti, risponde al proprio interno ai i bisogni riconosciuti alla persona, costituisce la sua identità e ruolo. Cura, custodia e vita coincidono ed hanno un unico riferimento. La categoria diagnostica, diviene fissa, rigida, immodificabile, un'etichetta stigmatizzante. Questo contrasta con la realtà che vede una fluidità delle diagnosi, il passaggio da salute a malattia e viceversa, da condizione unicamente individuale ad interazione dell'individuo col contesto relazionale e sociale, in una ineludibile intersoggettività (di cui è parte anche la polizia penitenziaria e la giustizia). Si passa dall'approccio cosiddetto centrato sulla malattia, ad uno dinamico, attento al paziente in evoluzione nel suo ambiente di vita. La conseguenza è la perdita di rilievo della modalità statica classificatoria della diagnosi, centrata sulla malattia più che sul malato.

Nell'ottica di preservare i diritti, e alla luce della complessità della persona, quindi non vi può essere un prendersi cura solo psichiatrico ma nemmeno solo giudiziario. Servono sempre approcci complessi sociali, educativi, lavorativi, relazionali e affettivi e una pluralità di competenze: della giustizia, dell'amministrazione penitenziaria, servizi sociali, sanitari e tra questi quelli psichiatrici. L'azione di recupero e reinclusione sociale implica formazione, lavoro, casa. Al contempo è indispensabile mantenere le relazioni, affettive, sessuali. **Nel comune paradigma della complessità, occorre distinguere Programma di cura, Misura giudiziaria,**

¹⁴ **Salute Mentale** è una componente essenziale della salute nell'intero arco di vita. Dipende da fattori biologici, psicologici, sociali, economici, ambientali e culturali tra loro reciprocamente interagenti.

¹⁵ **Disagio** non è una patologia ma indica una condizione di difficoltà, di mal-essere, una sensazione di mancata o problematica consonanza con l'ambiente che porta a non sentirsi in armonia ed equilibrio, a sentirsi in apprensione o stanchezza a fronte situazioni sociali, economiche, lavorative, abitative. disagio psicologico e i problemi psicologici influenzano l'esistenza di individui e comunità.

¹⁶ **Disturbo mentale** (in inglese: mental disorder) è una condizione patologica che compromette in modo significativo la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona con specifici sintomi e segni e compromette in modo disadattativo il funzionamento psicosociale, vale a dire sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causa una sofferenza personale soggettiva.

Trattamento rieducativo e recupero sociale, Interventi per la prevenzione di nuovi reati e la sicurezza, Progetto di Vita; tutti interventi che hanno una loro autonomia, condizioni per realizzarsi e giungere ad una sintesi unitaria.

“Spezzata la vecchia alleanza fra psichiatria e penale, i due poli, curativo-normativo, sono destinati a entrare in conflitto: a meno che il polo giudiziario non ceda il passo al polo curativo, dunque uniformandosi nelle pratiche alla progressiva residualità della misura di sicurezza, in conformità alla decadenza – in ambito scientifico – della idea di “pericolosità” della malattia mentale.” “In sintesi: il polo giudiziario, nel rilanciare le proprie prerogative sulla base della normativa penale speciale per i folli rei, rischia di diventare l’ultimo baluardo del modello manicomiale, nella ribadita necessità di “custodire al fine di curare” il malato di mente. Il rischio è tanto più grave se prende piede l’idea che le nuove cure abbiano per così dire “rilegittimato” la custodia.” (Zuffa)

La denuncia per il malfunzionamento delle REMS, in un’ottica securitaria è accompagnata da una richiesta di posti. L’oggetto è al tempo stesso svalutato e desiderato. Resta in secondo piano il punto di vista della salute e rischio di riproposizione della pericolosità del malato di mente.

“Nella prospettiva sistemica, l’attenzione dovrebbe spostarsi sulle ragioni del ricorso alle misure di sicurezza detentive, specie alle misure di sicurezza provvisorie (che occupano buona parte dei posti nelle REMS), piuttosto che sul ritardo di esecuzione dei provvedimenti e sulla carenza di posti.”

Pericolosità e norma e volontarietà-obbligatorietà sono le dicotomie che dobbiamo superare attraverso la “normalizzazione” del disturbo mentale e della misura di sicurezza.

Corte Costituzionale con la sentenza 22/2022 nel ribadire “la natura ancipite della misura di sicurezza a spiccato contenuto terapeutico” sottolinea “la necessità che essa si conformi ai principi costituzionali dettati, da un lato, in materia di misure di sicurezza, e, dall’altro, in materia di trattamenti sanitari obbligatori” (5.3).

Vecchie e inconsistenti certezze (pericolosità come concetto privo di scientificità) devono lasciare il passo a nuove possibilità di cura.

Se la misura giudiziaria diviene una nuova forma di trattamento obbligatorio e coatto, la via per una nuova grande istituzionalizzazione rischia di essere aperta. Facilitare le condizioni e processi di cura mediante la collaborazione e conciliazione dei tempi.

Il paradigma della complessità della persona comune può essere comune a psichiatria e giustizia in modo che in qualsiasi fase del procedimento penale possano svilupparsi un “patti multipli” (per la cura, l’esecuzione penale e la sicurezza). Questo attraverso collaborazioni e protocolli può portare ad una relazione feconda e arricchente, il pericolo dell’incontro diventare creativo.

4) Una tragica nostalgia del manicomio

Il carcere o i manicomi immaginari non sono quelli reali che pur rappresentato nella loro disumanità non sembrano determinare indignazione quasi che il degrado ambientale e certi metodi volti all’umiliazione e alla sottomissione della persona facciano parte della cura o della pena. La fantasia di poter concentrare in un unico luogo il male contrasta con la realtà che obbliga ad un confronto permanente con pulsione aggressiva e di morte presente in tutti, come del resto la follia. La potenza di questo luogo immaginario è molto elevata.

Se il malato è considerato pericoloso e irresponsabile, inguaribile e improduttivo, si alimenta lo stigma e l’autostigma e l’aspettativa negativa accompagnata dall’idea che debba essere controllato e addirittura custodito dallo psichiatra. Riproponendo con ciò la cultura del manicomio e i contenuti della legge 36/1904. La non imputabilità-pericolosità ha come altra faccia la posizione di garanzia. A questo va contrapposto responsabilità e privilegio terapeutico. All’abbandono omissivo della società liquida si passa alla

discriminazione commissiva di quella neo liberista autoritaria nella quale aree di coercizione convivono con altre di completa deregolamentazione e irresponsabilità. **Se si pongono soglie alla partecipazione sociale (troppo grave, diverso, criminale) si mina alla base l'universalismo.**

Vi sono spinte verso la neo-istituzionalizzazione dei "disturbanti" o l'abbandono di una società con tratti di indifferenza, rifiuto, talora violenta (hate speech) incapace di accettare il diverso, il dissenso e creare coesistenze. Il clima di paura, la crescente povertà (6 milioni di persone) e la crisi del welfare a partire da quello familiare contribuiscono alle crescenti difficoltà sociali e riverberano su servizi sanitari e sociali, ma anche sulla giustizia. **Vi sono luoghi dove la discriminazione su base normativa, legislativa o amministrativa, sta realizzandosi**, centri per migranti (compreso quello a valenza immaginaria in Albania), carceri e manicomi. L'espansione dell'area dell'azione penale favorita dall'aumento dei reati e delle pene, riduce gli spazi di gestione dei conflitti in ogni ambito compreso quello detentivo dove persino azioni di protesta passiva rischiano di essere sanzionate, in una spirale perversa di reati che si sommano all'esecuzione penale per altri reati.

In questo quadro vi è il rischio di trasformare le REMS in mini OPG con mandato custodiale e a ciò sono più inclini quelle più chiuse e isolate, con scarse relazioni con il territorio e DSM. La drammatizzazione del problema della lista di attesa, dei "sine titolo" e cultura della paura, lo stato degli istituti di pena la cui crisi viene (erroneamente) imputata ai matti, possono creare un vissuto emergenziale volto a favorire "interventi speciali" piuttosto che ad utilizzare al meglio gli strumenti già in essere per risolvere i problemi con pazienza e creare nuove e diverse prospettive.

Come afferma Zuffa "le leggi 9/2012 e 81/2014 segnano una rottura fondamentale, poiché la cura si svincola radicalmente dalla punizione, attraverso la "normalizzazione" della malattia mentale e il conseguente allineamento ai principi terapeutici che presidono alla pratica di cura in generale."¹⁷ Al contempo hanno messo in crisi la pena evidenziando che non può basarsi solo sulla privazione della libertà e la mera custodia. **Ne deriva un nuovo paradigma basato sulla persona, la sua storia e relazioni, che chiama in causa la comunità. Ciò può favorire un processo di deistituzionalizzazione indicato anche dalle Nazioni Unite**¹⁸ che dovrebbe riguardare anche le strutture per anziani fortemente investite dal Covid e nonostante le proposte della Commissione Paglia rimaste invariate.

Preoccupano le mancate applicazioni della sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale (sopraggiunta infermità mentale in corso di detenzione), della sentenza Corte Costituzionale 22/2022 (profili di incostituzionalità e riserva di legge; rafforzamento Dipartimenti di Salute Mentale.), Applicazione sentenza Corte Costituzionale 10/2024 (diritto all'affettività e sessualità), e i ritardi nella realizzazione dell'**Accordo stato regioni del 30 novembre 2022. Dare seguito alle indicazioni del Consiglio Superiore della Magistratura (protocolli) e del Comitato Nazionale per la Bioetica.**

Ritarda l'affermazione dei nuovi diritti e preoccupa la messa a rischio di altri già acquisiti.

Provvedimenti di indulto, clemenza, amnistia, liberazione anticipata (proposta Giacchetti) nonostante il dramma dei suicidi non sembrano nell'agenda politica. Nemmeno **la revisione della legge sulle droghe** (il 35% dei detenuti lo è per violazione dell'art 73 della l. 309/1990) è in programma, anzi le pene sono state aumentate.

¹⁷ Zuffa M G Dopo la chiusura dell'OPG: i residui del modello manicomiale e la sopravvivenza del binario "speciale" di giustizia per i "folli rei" Società della Ragione, 1 luglio 2024 <https://www.societadellaragione.it/dibattiti/rem-s-dopo-la-corte-costituzionale/dopo-la-chiusura-dellopg-i-residui-del-modello-manicomiale-e-la-sopravvivenza-del-binario-speciale-di-justizia-per-i-folli-rei/>

¹⁸ Nazioni Unite Comitato sui diritti delle persone con disabilità Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza. Adottato nella ventisettesima sessione 15 agosto 9 settembre 2022 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/Guida-sulla-deistituzionalizzazione-Italian.pdf>).

I progetti di legge presentati in questa legislatura sono: Pdl 1119 /2023 (Magi) PdL Serracchiani 21 aprile 2023, n. 1.113, e al Senato il PdL Sensi 25 maggio 2023, n. 734 e il PdL Magni 14 novembre 2023 n. 938 che mirano a promuovere la realizzazione della 180 ed hanno avuto l'appoggio di molte associazioni.

Alla Camera dei deputati: Pdl 950 3 marzo 2023 (Antoniozzi) introduce una modifica agli artt. 88 e 89 del cp. al fine di limitare alle psicosi la non imputabilità; la Proposta di legge n. 1119 2023 (Magi ed al) propone il superamento del doppio binario e riforma organica del sistema.

Due proposte di legge sono del giugno scorso: PdL n. 1.171 "Disposizioni per lo sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all'età geriatrica" prima firma Cantù; PdL n. 1179 di Zaffini "Disposizioni in tema di salute mentale". Pur formalmente senza modificare la 180, in particolare la proposta Zaffini contiene elementi di forte frizione e di grande preoccupazione.

Pdl 1171 (Cantù)

Per quanto attiene ai percorsi giudiziari viene prevista l'individuazione di una struttura clinica forense a livello regionale dando forse per impliciti gli accordi stato regioni, in particolare quello del 30 nov. 2022, i protocolli locali con la Magistratura e i Punti Unici Regionali. La prevista "Equipe multidisciplinare" (art. 6 punto b) che può essere il riferimento forense dei DSM in modo tale che, nelle relazioni interistituzionali, si possano utilmente ridefinire le attività delle REMS e migliorare l'assistenza psichiatrica in carcere. Viene proposto il raddoppio dei posti in SPDC.

Il ddl n 1179 (Zaffini) va a declinare lo stato di necessità, le condizioni per l'Aso ed aggiunge un criterio (prognosi di peggioramento senza trattamenti, a mio parere non necessario e di difficile rilievo e obiettivazione) ai requisiti per il Tso e ne prolunga la durata a 15 gg. Inutili variazioni alla 180 che prevede Aso e il Tso di durata massima di 7 giorni rinnovabili. Non cita la legge 18/2009 né la 219/ 2017 relativamente ai diritti delle persone con disturbi mentali.

Il PdL legittima la coercizione, la contenzione, seppure non preventiva e si dispone che "Gli operatori della salute mentale attuano misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi connessi a documentate necessità cliniche e al solo scopo di impedire comportamenti auto ed eterolesivi, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona affetta da disturbi mentali" (art. 4).

Ciò lambisce o confligge con temi di rilevanza costituzionale ampliando la discrezionalità del medico senza prevedere indicazioni precise sui trattamenti, garanzie e tutele. Per quanto si cerchi di circoscrivere stato di necessità e Aso a diagnosi e trattamenti psichiatrici, vi è il rischio di andare oltre a fronte di anziani multipatologici, emarginati, disturbanti e riluttanti ad accettare le prescrizioni mediche.

Un impianto distante dal principio di autodeterminazione che seppure supportato (da fiduciari, amministratore di sostegno, care giver, giudici tutelari) prevede la ricerca del consenso, anche in forme nuove e allargate come indicano gli approcci shared decision making.

Le proposte su stato di necessità, Aso e Tso possano portare a diversi problemi, di principio e operativi (nuovi reparti di osservazione e controllo?) che erano stati seppure con contraddizioni, superati. Su questo punto è meglio restare nell'ambito della 180.

Sul piano del carcere gli aspetti più importanti. Non vengono citate le Articolazioni tutela salute mentale (Atsm) mentre di concerto con Ministero della Giustizia si prevede la creazione di "**Servizi sanitari specialistici psichiatrici**" **dotati di un numero di posti pari al 3% della popolazione detenuta**. Considerato che attualmente vi sono oltre 60mila detenuti la previsione che si può dedurre è di 1.800 posti mentre nelle Atsm sono meno di 300. Con il Pdl si realizzerebbe così un forte aumento dei posti che ovviamente comporterà il bisogno di un importante incremento di risorse professionali ed economiche. Un motivo per riflettere ancor più se in **tali Servizi interni agli II.PP. si prevede la possibilità di effettuare TSO**. A tal fine è necessario sapere

quali debbano essere i requisiti di questi nuovi servizi ancora da definire. Molti sono gli interrogativi aperti sia sul piano clinico (il tso ospedaliero si può fare in carcere garantendo qualità e sicurezza delle cure... e se dovesse servire un rianimatore o un esame del sangue o di neuroimaging?) che del diritto costituzionale e oltre ad essere contrario alla 180. Un tale progetto andrebbe ritirato.

Se vogliamo superare la nostalgia del manicomio oltre alla denuncia è necessario intraprendere azioni per affrontare le difficoltà nei percorsi di cura e giudiziari.

Se il carcere è una “discarica sociale” è molto rilevante affrontarne i determinanti.

Occorrono norme che impediscano la perdita della residenza, dell’identità e affrontata la questione della cittadinanza. Se mancano questi elementi, le persone diventano apolidi privi di diritti e senza alcun servizio sociale di riferimento. Su questo andrebbero previste norme che impediscano la perdita della residenza, dell’identità e affrontata la questione della cittadinanza. Se mancano questi elementi, le persone diventano apolidi privi di diritti e senza alcun servizio sociale di riferimento.

Una condizione per la quale diviene molto difficile creare alternative al carcere che anziché essere residuale diviene la prima sede di accoglienza nella quale avere anche gli interventi sanitari. Il carcere è lo specchio che riflette una grave situazione sociale nella quale **ci stiamo abituando senza indignarci (e con relativa indifferenza) ad avere persone private dei diritti permessi di soggiorno, documenti, lavoro, reddito, casa. Il “terzo escluso” rischia di diventare maggioranza.**

La sanità assicura codici STP (Straniero Temporaneamente Presente) e viene da chiedersi se non siano possibili **analoghi strumenti anche in ambito sociale (“Città santuario”)**. Favorire un’inclusione sociale e lavorativa è la via per poter dare una prospettiva e una speranza alle persone altrimenti schiacciate tra disconoscimento, impedimenti burocratici. Anche la questione dei rimpatri volontari a fronte di progetti migratori falliti vanno meglio strutturati.

Questo è anche molto poco manageriale ed economico in quanto gli interventi andrebbero sempre attuati nel setting più prossimo alla persona.

Vista la rilevanza viene da chiedersi se non sia necessario favorire un approccio che porti alle **diagnosi sociali** e non solo a quelle mediche e psichiatriche e riconoscere i determinanti socio-ambientali ed economici, culturali della salute compresa quella mentale.

Una lettura complessa, biopsicosociale, economica, ambientale e culturale è fondamentale per costruire salute, compresa quella mentale mentre è superata una psichiatria solo biologica e psicofarmacologica con il mero scopo del controllo comportamentale e magari obbligatoria e coercitiva.

Per questo il riferimento deve restare la 180 senza ampliamenti pericolosi e si deve continuare per applicare approcci collaborativi e “no restraint”. I rischi della coercizione, contenzione e della privazione della libertà sono molto noti. La psichiatria può svolgere solo il mandato di cura e una sorveglianza sanitaria ma non mandati di controllo sociale e custodia.

La collaborazione interistituzionale è fondamentale per dare realizzazione ad una riforma incompleta. Nonostante questi limiti, grazie agli accordi Stato Regioni (ultimo 30 nov. 2022), protocolli, incontri e formazioni **il sistema sta maturando esperienze e prassi virtuose.** Anche sul piano legislativo dopo che la legge 81/2014 ha fissato che la durata massima della misura di sicurezza detentiva non può essere superiore alla pena edittale massima prevista per il reato commesso, vi è da registrare come nel d.lgs 150 del 2022 sia previsto che la giustizia riparativa possa riguardare anche le persone con misura di sicurezza personale.

Le REMS si sono sviluppate pur a partire da una base normativa comune (il DM 1 ottobre 2012) in modo diverso a seconda delle caratteristiche dei DSM: dal sistema polimodulare di REMS di Castiglione delle Stiviere

alle REMS diffuse del Friuli, passando per REMS con 10-20 posti e in alcune regioni con massimo 2 moduli. Si discute sulle prospettive: REMS riorganizzate per livelli di sicurezza (alta, media, bassa) o con riferimenti diversi (nazionali o regionali) o per funzioni (REMS intensive e riabilitative, con Centri per la profilazione). Al contempo vi sono esperienze per promuovere alternative (Rems-Non Rems, alloggi con Budget di salute, Altre residenze) fino a Servizi di cura e giudiziari di Comunità. Devono restare come riferimenti fondamentali la base territoriale regionale, il numero chiuso e l'orientamento a non effettuare contenzioni. Le REMS hanno ereditato alcune prassi presenti negli OPG e pertanto vanno definiti nelle carte dei servizi e nei regolamenti, le possibilità di uscita, i rapporti con i territori e la presenza di operatori per la sicurezza formati ad hoc o di Istituti di Vigilanza. In quasi 10 anni la popolazione in lista di attesa non sembra essere gravata da una particolare recidiva nei reati.

Quindi il tema va affrontato nella collaborazione interistituzionale prendendo in considerazione tutti i diversi fattori che correlano con la salute, il benessere e la sicurezza. I diritti/doveri vanno visti in modo unitario prendendo in considerazione tutti i diversi bisogni, sempre coesistenti. Questo chiama ciascuna istituzione ad un compito e senza azioni abilitanti sinergiche gli investimenti di ciascuno possono essere infruttuosi. Progetti che si arenano per mancanza dei documenti ed altre situazioni simili creano sofferenze e difficoltà. Distanze dalle famiglie, mancanza di relazioni umane, affettive e sessuali (per altro riconosciute come diritto dalla Corte Costituzionale sentenza 10/2024) sono elementi di rischio per la persona, la sua sicurezza.

Certamente influiscono diversi fattori (multiculturalità, le migrazioni, la globalizzazione e le nuove tecnologie), che indicano come sia importante il lavoro educativo e relazionale. Un'educazione alle relazioni per la composizione dei conflitti che è fondamentale per prevenire i reati nei giovani anche quelli più gravi (come omicidi e femminicidi). Vi è bisogno di speranza per rispondere alle domande di senso: perché impegnarsi? Perché e per cosa vivere? Domande spesso senza risposta, un vuoto che si riempie di disperazione, sostanze, alcool o agiti oltre i limiti.

La pena oggi va articolata e deve sempre meno essere incentrata sulla limitazione della libertà (che è in se stessa pericolosa) ma sulla responsabilità su processi collaborativi per conservare le aree funzionanti, la ri-educazione, l'inclusione sociale, ma anche per la riparazione possibile, la ri-conciliazione.

Occorre sviluppare l'accoglienza, l'ascolto non giudicante, il dialogo volto al consenso, all'autodeterminazione, alla motivazione, partecipazione e condivisione dei percorsi di cura. Questo anche per ridurre al minimo il ricorso a provvedimenti obbligatori e coercitivi. Il trattamento di persone non collaborative, senza consenso, contro la loro volontà è un problema che può essere affrontato con il dialogo aperto, forme di consenso allargato, approcci come sharing decision making, mediante altre figure come fiduciari, Utenti Esperti. Occorre migliorare le garanzie, le tutele anche giuridiche con strumenti e figure nuove.

E' una sfida anche per i nostri servizi in relazione non solo alla loro organizzazione ma anche in riferimento alla tipologia dell'offerta che il sistema di welfare è in grado di promuovere nell'ambito della comunità. **Questo vuol dire andare ad affrontare i temi della salute in modo olistico tenendo conto dei microdeterminanti sociali ed evitando un'alterata percezione dei rischi basati sul pregiudizio.** Un tema molto rilevante per un sistema di welfare universale che condivide i benefici e i rischi.

Il lavoro per società solidali, educanti e curanti volte a contrastare abbandono, solitudine ma anche discriminazione e razzismo.

Adeguamenti normativi anche in relazione alla responsabilità degli operatori (compresa la polizia penitenziaria) superando la posizione di garanzia potrebbero essere molto importanti.

Una prospettiva è tracciata, con le necessarie risorse ed un loro corretto ed efficace utilizzo, la partecipazione attiva di tutte le componenti in una virtuosa sinergia dei saperi (professionali, esperienziali e di famiglia comunità) e delle competenze può aprire al futuro e alla speranza.

E' auspicabile la creazione di piccole comunità per l'inclusione sociale, in linea con la proposta di legge n. **1064/2023 per l'istituzione delle Case Territoriali di Reinserimento Sociale**, orientate alla personalizzazione e a risolvere i problemi e non strutture grandi meramente detentive, luoghi di espiazione ed emarginazione.

Sulle Rems (il PdL 1179) propone che un numero dei posti sia portato da 20 a 25 e ciò non è auspicabile per mantenere la qualità delle cure. Utili le limitazioni poste all'utilizzo di ex Opg, moduli multipli che potrebbero configurare una neo istituzionalizzazione.

La sicurezza degli operatori e delle cure è sostanzialmente demandata alle forze dell'ordine e il ddl non stimola interventi strutturali, organizzativi, sulla dotazione di risorse umane e la formazione coinvolgendo utenti e familiari. La gestione del disagio, dissenso e conflitto, forme di accoglienza sono fondamentali per la sicurezza. La posizione di garanzia del DSM verso utenti e familiari prevede anche in collaborazione con i servizi sociali forme di accesso privilegiato all'edilizia popolare in caso di conflitti intrafamiliari.

Rischia di riproporre una serie di pregiudizi tipo pericolosità altamente stigmatizzanti. La collaborazione dei servizi sociali è essenziale per i progetti di autonomia e vita indipendente pure presenti nel ddl.

Conclusioni

Il percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici civili e giudiziari e la costruzione del welfare di salute mentale di/nella comunità implica una collaborazione interistituzionale al fine di promuovere salute, sicurezza e il reinserimento sociale secondo un modello diffuso di comunità passando dal paradigma custodiale **al paradigma del prendersi cura complesso che può essere comune tutte le istituzioni.**

Una lettura complessa, biopsicosociale, economica, ambientale e culturale è fondamentale per costruire salute, compresa quella mentale e benessere di comunità mentre è superata una psichiatria solo biologica e psicofarmacologica con il mero scopo del controllo comportamentale e magari obbligatoria e coercitiva. Per questo il riferimento deve restare la Costituzione (e la sua attuazione), la 180 evitando derive pericolose nostalgiche manicomiali. I rischi della coercizione, contenzione e della privazione della libertà sono molto noti.

La psichiatria può svolgere solo in mandato di cura e una sorveglianza sanitaria ma non mandati di controllo sociale e custodia. Si deve continuare per applicare approcci collaborativi e "no restraint" e promuovendo la graduale deistituzionalizzazione e il superamento delle REMS.

Protocolli, incontri e formazioni il **sistema sta maturando esperienze e prassi virtuose, sensibilità che stanno dando un diverso senso alle misure di sicurezza. In questo è assai significativo che il d.lgs 150 del 2022 preveda che giustizia riparativa possa riguardare anche le persone con misura di sicurezza personale.**

La buone prassi e il loro riconoscimento e valorizzazione potrebbe essere oggetto di una Consensus Conference. Agire nella comunità (sindaci, servizi sociali, giustizia, psichiatria, periti, avvocati, garanti, utenti, familiari e società civile) per una società inclusiva e solidale. E' essenziale la formazione, la ricerca sui processi ed esiti in termini di salute e di sicurezza.

Infine è necessaria una riforma radicale in merito all'imputabilità, al doppio binario (come la proposta di legge 1.119) e superando la posizione di garanzia in favore del privilegio terapeutico.

La 180 è un bene comune del nostro Paese. L'arte è restare umani.