Rems di Casale di Mezzani: sei anni e mezzo non trascorsi invano

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Cecilia Paraggio, Sandra Grignaffini, Ilaria De Amicis, e prof. ^{1 2}

Il 27 ottobre 2021 ha chiuso la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Casale di Mezzani aperta come "provvisoria" il 27 aprile 2015. Sei anni e mezzo, esatti.

A seguito delle difficoltà dell'Ausl di Reggio Emilia a realizzare la REMS provvisoria, su richiesta della Regione Emilia Romagna, è stata organizzata in circa 6 mesi convertendo una precedente Residenza socio-riabilitativa per onorare la scadenza prevista dalla legge 81/2014.

La mobilitazione degli operatori, dell'Azienda e l'attenta presenza dell'Amministrazione comunale, del Prefetto e delle diverse Forze dell'Ordine hanno consentito un avvio partecipato in grado di fronteggiare le perplessità della popolazione, le diverse incertezze e le inevitabili difficoltà. La presenza della Regione e la collaborazione con l'Ausl di Bologna sono state essenziali.

Le visite di Stopopg (Stefano Cecconi in primis) e del Commissario Franco Corleone sono state di grande aiuto perché hanno sostenuto l'esperienza in modo pragmatico, come del resto hanno fatto tutti i Garanti dei diritti delle persone private della libertà (nazionale, regionale e del comune di Parma). Dobbiamo ringraziare tutti gli ospiti che coinvolti e responsabilizzati hanno creato una "sicurezza relazionale" della quale si sono sentiti partecipi e protagonisti. La qualità della struttura è stata una co-costruzione dialogica di una "comunità democratica" (Barone)³.

In un altro contributo pubblicheremo i dati di funzionamento e di esito, mentre in questo momento nell'esprimere la preoccupazione per la prospettiva di una sola REMS in Emilia Romagna, ci pare utile evidenziare alcuni insegnamenti appresi dall'esperienza che possono indicare una via.

1) E' possibile fare a meno degli OPG

Abbiamo dimostrato che un sistema senza OPG può funzionare. Non era affatto scontato.

Restano aperti diversi problemi e la necessità di rivedere in senso innovativo le prassi da parte di tutti i soggetti chiamati a collaborare: magistrati, avvocati, periti, utenti, familiari, psichiatri. Per questo servono una grande azione formativa congiunta, supervisioni, ambiti gestionali (tavoli/cruscotti regionali), una migliore strutturazione dei DSM (unità di psichiatria forense) e stabilire un nuovo rapporto con i periti. Abbiamo individuato buone prassi ed una Consensus conference nazionale potrebbe validarle e facilitarne la diffusione.

Una riforma non può funzionare senza cambiare le culture ed in assenza della consapevolezza che la modifica delle prassi incide sull'identità. Si avverte una forte dissintonia con chi propone vecchie letture nel nuovo contesto. E' richiesto un lavoro complesso di elaborazione del passato (indietro non si torna) che attraversa ogni professionalità e istituzione.

Da parte nostra abbiamo dovuto superare la paura e il pregiudizio legato al doppio stigma: malattia mentale e criminalità. Si sono dovuti affrontare i timori della popolazione e le attese di chi da noi avrebbe preteso obbedienza e l'applicazione di forme di espiazione a persone che la giustizia stessa ha ritenuto di non giudicare e di non condannare.

¹ Valerio Amore, Giuseppa Attardo, Margherita Buganu, Ilaria Di Ottavio, Marco Faggi, Franco Faraco, Massimiliano Gravinola, Daniela Leporati, Lucia Martella, Caterina Ottolini, Sonia Paiano, Miriam Pecorari, Teresa Placido, Giada Prati, Domenica Santarcangelo, Roberta Terzi, Chiara Maduri Zanoni.

² Dipartimento Assistenziale Interato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

³ Barone R. (a cura di) Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche, Franco Angeli, 2020

Pur prestando attenzione si è superata la cultura del sospetto, della simulazione, dell'agguato sempre possibile per sviluppare relazioni aperte e autentiche. Il basso numero di incidenti (aggressioni e allontanamenti) e di TSO testimonia l'efficacia dell'approccio. Abbiamo compreso che era necessaria curiosità, accoglienza e desiderio di conoscere senza pregiudizi. Non potevamo fare una "rivoluzione gentile" senza modificare la rappresentazione dei pazienti e quanto suscitano in noi. Abbiamo elaborato un vissuto diffuso: il paziente autore di reato come pericolo e gravame oneroso, per considerare la persona sempre qualcosa in più e di diverso dal reato commesso e dal disturbo di cui soffre.

In questo risiede la potenzialità: l'insieme delle risorse spesso sconosciute a se stessi che possono portare al forme di comprensione e al cambiamento. Fenomeni che avvengono di solito prima negli operatori i quali, tramite competenza, etica e una relazione attenta e sensibile sono in grado di entrare con delicatezza nel mondo interno della persona e portare fiducia, capacità di tollerare il dolore, l'angoscioso presente, il passato ineliminabile, incombente e paralizzante, il futuro buio. Vissuti intensi, tra i quali la colpa, il vuoto e la rabbia che, nel loro prendere forme comunicabili e regolabili nei comportamenti, divengono parte di un condiviso destino prima ancora che di una propria personale destinazione.

La (ri)scoperta dell'umanità smarrita proprio laddove il reato sembrava averla fatta scomparire, avviene con dosi misurate di speranza e responsabilità, nella reciprocità per farsi prossimo alla contraddizione tra bene e male: "sono le opere a essere divise tra buone e cattive, non gli uomini buoni e cattivi".⁴ Questo ci ha indirizzato verso forme ampliate di comprensione, avvalendoci di culture, religioni e visioni del mondo per cercare di comprendere vita e morte. Queste prospettive esistenziali, unite al senso del limite e all'umana pietas fanno diventare le pratiche psichiatriche più ricche, colte e gentili. Al tempo stesso diventano più aderenti ai bisogni, alle attese e sofferenze delle persone, ai determinanti sociali della salute e del benessere di comunità. Se siamo fatti anche di parole il linguaggio dovrebbe abbandonare per sempre termini come internato e minorato.

Abbiamo effettuato una scelta di campo netta basata sulla cura: l'interesse per il paziente, stare dalla sua parte, entrare come possibile nella sua storia, dolorosa e drammatica (del confronto con il male e la morte la propria e quella procurata), per una nuova soggettività, aperta al futuro possibile. Un tentativo sofferto, talora erratico, di conciliazione e di ricucitura del rapporto leso con l'altro e la comunità.

2) Priorità del mandato di cura

Nel 2014 non era previsto che l'Ausl Parma dovesse aprire una REMS ed era stato predisposto un progetto di percorsi giudiziari nella rete dei servizi ordinari, senza alcuna struttura dedicata all'esecuzione di misure giudiziarie. Infatti pur condividendo i timori espressi che le REMS potessero diventare tanti miniOPG era nostra convinzione che esse fossero indispensabili per chiudere definitivamente i 6 OPG italiani.

Un processo che si è realizzato in tempi relativamente brevi (ufficialmente il 27 gennaio 2017), con determinazione seguendo i principi di territorialità, numero chiuso, non contenzione, volontarietà dei trattamenti.

Fin dall'inizio forte è stato il legame della REMS con i servizi del welfare in primis quelli sanitari. Non è pensabile da chiunque conosca un'esperienza residenziale che la REMS sia autosufficiente. E' invece strutturalmente collegata al contesto per un insieme di attività sanitarie, sociali, di vita.

La forza del sistema di psichiatria di comunità, una rinnovata spinta motivazionale di giovani operatori e di nuove professionalità hanno stupito in senso positivo, colmando i limiti legislativi e organizzativi. Un approccio accogliente, non giudicante e responsabilizzante, orientato alla recovery è essenziale e non può realizzarsi senza una netta priorità del mandato di cura rispetto a quello di custodia, ritenuto secondario, residuale e non di competenza del personale sanitario.

⁴ Zagrebelsky G. Qohelet. La domanda, Il Mulino ed. 2021

Sono stati affinati gli strumenti valutativi specifici per realizzare programmi di inclusione sociale e rendere temporanea la permanenza in REMS. Questa deve essere una tappa di un cammino di recovery, fatto insieme a chi ha commesso reati anche gravissimi, molto presenti nel suo mondo interno, alla ricerca di una qualche forma di senso, di spiegazione, di parole e vissuti in grado di dare ancora, nonostante tutto speranza e futuro.

Una costruzione relazione e intrapsichica, dinamica dove s'incontrano mondi inquietanti, che proprio nell'incontro diventano terzi, transizionali e nei quali parole come perdita, perdono, vendetta, punizione mistero, silenzio, diventano parte di un caleidoscopio di vissuti, perdendo la fissità rigida per diventare fluidi e dinamici. Anche di fronte ai comportamenti violativi e aggressivi, un team in larga parte femminile, diretto da una psichiatra, ha dato una lezione di professionalità, competenza, duttilità etica e coraggio.

Abbiamo sempre evidenziato la peculiarità della lettura psichiatrica che non è quella della giustizia in quanto basata su diversi presupposti, sul modello biopsicosociale, su una relazione di cura che permette di comprendere in modo diverso violazioni, le condotte come gli allontanamenti non autorizzati ma anche di creare evoluzioni se si supera l'oggettivazione e il modello violazione-punizione. In REMS non si può applicare il regolamento penitenziario ma la carta dei servizi e il regolamento della REMS.

E' emersa con forza la necessità di trovare punti di intesa con la magistratura e ancora molto resta da fare per superare completamente le misure di sicurezza provvisorie, le licenze ad horas e licenze finali sperimento. Un programma di cura stilato secondo indicazioni e appropriatezza scientifica e non deve essere validato dalla magistratura ma recepito. Le REMS hanno bisogno di un ampio mandato, di poter liberamente curare. Serve una magistratura dialogante, attenta ed efficiente che sia autorevole ed una concertazione dei tempi tra psichiatria e giustizia.

Abbiamo accompagnato l'esperienza con una ricca documentazione e crediamo che ciò possa essere utile per la formazione e la ricerca. Ora chiusa la REMS provvisoria, torniamo a quel progetto.

3) Andare oltre le Rems

Le REMS sono state realizzate secondo modelli che hanno risentito dell'eredità dell'OPG e pur incentrate sulla gestione sanitaria, in esse vi è una forte attenzione al mandato custodiale: controlli, muri, recinzioni, telecamere, vigilanti armati. Questi ultimi andrebbero completamente superati e per lo meno completamente privati delle armi.

La REMS è una creatura ibrida dove cura e custodia coesistono seppure con equilibri diversi a seconda dei contesti e delle esperienze.

Una contraddizione abitata dagli psichiatri che tuttavia deve evolvere. Infatti è venuto il momento di approfondire il senso e i contenuti sia della cura, sia della misura giudiziaria (pena o misura di sicurezza). In altre parole si tratta di esplicitare le condizioni della cura, e al contempo gli strumenti e le finalità delle misure giudiziarie, non incentrate tanto o solo sulla limitazione/condizionamento della libertà, quanto anche su rieducazione, inclusione sociale, azioni di riparazione e riconciliazione.

E' questo nuovo quadro di riferimento che va ben oltre la cura, sostanzialmente intesa come terapia farmacologica, e la misura giudiziaria tradotta come custodia.

L'ibrido della REMS si evidenzia nel dispositivo di ammissione e dimissione in capo all'Autorità Giudiziaria a fronte della gestione sanitaria della struttura. Come se questa possa essere staccata dalla fase di accoglienza e di accompagnamento nel percorso. Una situazione presente anche negli Ospedali Psichiatrici civili che è stata totalmente abrogata dalla legge 180.

E' ora di farlo anche per la REMS, abolendo ogni struttura psichiatrica esclusivamente dedicata alla esecuzione penale e far sì che i due percorsi, psichiatrico e giudiziario, siano chiaramente separati sotto il profilo delle responsabilità e dei metodi.

L'esperienza ha evidenziato la scarsità di mezzi e di strumenti della esecuzione penale esterna, la cui tendenza è quella di "appoggiarsi" ai servizi psichiatrici, finendo con il condizionarli o sottilmente, con i metodi burocratico giudiziari, comandarli.

E' questa crisi che non viene colta. Prova ne sono i tanti pazienti autori di reato seguiti dai DSM nel territorio (circa 40 nell'Ausl di Parma), sostanzialmente lasciati ai soli servizi psichiatrici, ai quali periodicamente giungono richieste di relazioni di ambiguo significato. Spesso si confonde andamento programma di cura ed eventuali ricadute (del tutto possibili in ogni disturbo) e commissione di nuovi reati. Cura, inclusione sociale e prevenzione di nuovi reati competono ad istituzioni diverse.

La contraddizione cura-controllo va riarticolata secondo specifiche chiavi di lettura. La cura ha precondizioni basate su consenso e partecipazione attiva della persona, il controllo può essere "attenta vigilanza" ai fini della terapia ma non controllo comportamentale, custodia e la coercizione è limitata al TSO. Come si declina in ambito giudiziario penale, nella fase esecutiva, il prendersi cura giudiziario, trattamentale, sociale, rieducativo e come si articolano il controllo e la custodia, con quali gradi di coinvolgimento della persona?

Superare la cultura dell'OPG significa operare per chiudere ogni idea che esistano spazi psichiatrici chiusi in favore di servizi di comunità come per altro indica la 180/1978 e al contempo occorre staccare psichiatria e giustizia per dare a ciascuno la giusta autonomia e responsabilità. Premesse per una collaborazione istituzionale paritaria e reciproca che consenta di affrontare in modo avanzato la contraddizione. Un'individuazione di servizi e competenze volte a collaborare meglio e in modo più chiaro nell'interesse dell'utente e della comunità.

La separazione implica mettere fine ad un uso della psichiatria e dei suoi servizi a scopo giudiziario. Una tendenza che va molto oltre il timore che le REMS possano diventare tanti miniOPG o strutture dalle quali possano nascere tanti nuovi e più moderni OPG, ma che l'intera attività dei dipartimenti di salute mentale venga pesantemente condizionata dalla giustizia, per altro privata delle responsabilità gestionali, totalmente in capo ai sanitari. Una giustizia talora distante, quasi irraggiungibile, kafkiana risulta assai disfunzionale e fonte di disagio e inutile sofferenza per le persone e di imbarazzo e inefficienza dei servizi.

Laddove, tramite protocolli, si sono create collaborazioni basate su dialogo e su consuetudini operative, il nuovo sistema ha trovato ragionevoli accomodamenti, equilibri nuovi e rispettosi delle competenze ciascuno. Quando si sono attivati i DSM e si è arrivati al coinvolgimento delle amministrazioni locali, del sociale e delle associazioni si sono potuti affrontare i temi quali cittadinanza, reddito, casa, lavoro essenziali per i progetti di inclusione sociale.

Quindi più opportunità, formazione, lavoro, permessi, progetti anche per rendere effettiva quella previsione di legge in base alla quale ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza detentiva non rilevano le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (art. 133 cp, comma 2 punto 4).

Se le REMS non sono transitorie vi è il rischio reale che vengano poste al centro del sistema e si realizzi la legge 9/2012 invece della 81/2014.

Lo strutturarsi del sistema delle REMS, rischia di seguire il filone già seguito dagli SPDC nati sulla base dei reparti Osservazione degli OP e quindi con molti contenuti contenitivi e custodiali che persistono dopo oltre 40 anni nonostante tutti i movimenti no-restraint i quali indicano che un'altra via è possibile. Essendo mancata una successiva riforma e rilettura dei mandati, hanno finito per essere servizi di E-U ma anche terminale di molte contraddizioni irrisolte nel sistema sociale. Al contempo, come accaduto per le

Residenze è probabile che si debba procedere a differenziare le REMS (ad alta media e bassa intensità, per valutazioni, profilazioni, trattamenti di lungo termine). Sono prospettive che altri paesi hanno seguito mantenendo un ampio sistema psichiatrico giudiziario. Una prospettiva anche per l'Italia?

L'altra strada che si profila per le REMS è che la loro missione per la chiusura degli OPG sia terminata e che si possa fare a meno di una rete di strutture psichiatriche specificamente dedicate alle misure di sicurezza. Nessun'altra disciplina medica le ha, non c'è una cardiologia giudiziaria e nemmeno un'oncologia forense. Altro è tenere conto dei provvedimenti giudiziari che sono in capo alla persona e non all'istituzione sanitaria che deve essere libera nella sua attività di cura.

4) Per il futuro

Nell'esperienza si sono evidenziate alcune questioni che hanno letture diverse dall'ambito psichiatrico e giudiziario.

La lista di attesa può essere risolta in diversi modi. A chi auspica il raddoppio dei posti REMS occorre ricordare che prima di aumentare i posti in sanità si deve sempre precedere alla verifica dell'appropriatezza dei percorsi, della loro efficienza ed efficacia. In psichiatria l'aumento dei posti porta alla loro stabile occupazione con una tendenziale perdita di qualità ed efficienza.

Per risolvere le liste di attesa vanno abolite le misure di sicurezza provvisorie, di fatto norme cautelari, lesive dei diritti e poco utili per i percorsi di cura. Le misure provvisorie costituiscono larga parte della lista di attesa e oltre il 90% dei detenuti "sine titolo".

Va ricordato che le persone con misure detentive definitive occupano poco più delle metà dei posti REMS oggi disponibili. In questa prospettiva vi sono le condizioni per dimezzare i posti REMS.

Il mantenimento del doppio binario è di per sé fonte di una certa confusione, tra le finalità processuali (definizione dell'imputabilità), esigenze di tipo preventivo (pericolosità sociale misure di sicurezza) e difficoltà gestionali di utenti disturbanti se privati della libertà. E' evidente come da più parti vi sia una richiesta di contenitori piuttosto che di reali percorsi di cura. Solo una costante collaborazione tra psichiatria e giustizia, in tutte le fasi dall'arresto alla eventuale condanna ed esecuzione penale, può costituire il riferimento metodologico appropriato.

La questione della lista di attesa per l'ingresso in REMS è una grande occasione per un cambio deciso dei percorsi e vedere con coraggio i punti aperti:

a) La valutazione diagnostica e definizione del programma di cura può essere effettuata negli istituti di pena o secondo indicazioni dello psichiatra nella rete dei DSM avendo cura di coltivare la specializzazione forense. Abbiamo visto persone mal difese, lasciate in REMS senza risorse anche minime, privi di difesa, documenti e incapaci di accedere ai diritti... talora DSM lontani, sulla difensiva, in certi casi quasi latitanti ma anche in seria difficoltà per carenze di personale e mezzi, tenendo conto che una collocazione residenziale la più frequente comporta una spesa annua media di 60-80 mila euro per paziente. Fondi da reperire nel budget ordinario vista la mancanza di fondi aggiuntivi dedicati.

b) Per il trattamento di alcune tipologie di utenti (psicopatia) il modello residenziale non è adeguato e quindi vanno sviluppate risposte specifiche. Approcci fondati sulla riduzione del danno sono più utili per i gravi disturbi della personalità e l'uso di sostanze. Cercare di migliorare l'accesso alle cure, ad aiutare famiglie e contesti sociali per ridurre marginalità, devianza e abbandono.

c) Va tenuto presente che gli utenti con reati gravi e misure giudiziarie di lunga durata possono essere seguiti con un migliorato modello interistituzionale di comunità ma che possono richiedere ricoveri residenziali della durata di molti anni.

d) Nella pratica si rileva una sostanziale coincidenza tra detenzione e misure di sicurezza detentive senza per altro che per queste ultime sia prevista una modulazione o possibilità alternative. La possibilità di articolare diversamente le misure di sicurezza detentiva potrebbe essere assai utile per il funzionamento del sistema. Del tutto da superare sono le misure di sicurezza detentive ex art 219 cp da effettuarsi dopo avere scontato una pena detentiva seppure diminuita.

e) Occorre Investire risorse (personale e budget di salute) per sostenere il nuovo sistema giudiziario e di cura di comunità, orientato alla recovery, alla prevenzione (visto che il 75% dei pazienti autori di reato è conosciuto ai servizi di salute mentale) e agli interventi precoci, senza strutture esclusivamente dedicate all'esecuzione di misure di sicurezza.

f) Promuovere diritti e doveri. In particolare va assicurato il diritto al giudizio, a non vedersi applicare misure di sicurezza detentive provvisorie, a poter essere curati in ogni contesto a prescindere dallo stato giuridico.

Serve una riforma dell'imputabilità superando pericolosità sociale e le misure di sicurezza che sono ancora quelle del codice Rocco del 1930.

Ci auguriamo possa crescere un sistema di comunità, capace di gestire violazioni mediante un sempre rinnovato patto sociale partecipato e senza nessun luogo "extracomunitario".

Prima di lasciare la REMS di Casale di Mezzani i pazienti hanno messo a dimora diverse ghiande dalle quali nasceranno querce, forse secolari. Un segno di speranza!