

# Dopo gli OPG, cinque anni di REMS: un possibile bilancio (2015-2020). di Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo

[osservatoriostopopg.it/2020/05/14/dopo-gli-opg-cinque-anni-di-rems-un-possibile-bilancio-2015-2020-di-pietro-pellegrini-giuseppina-paulillo](https://osservatoriostopopg.it/2020/05/14/dopo-gli-opg-cinque-anni-di-rems-un-possibile-bilancio-2015-2020-di-pietro-pellegrini-giuseppina-paulillo)



## il viaggio dell'**Osservatorio stopopg** per visitare le **REMS** e i **DSM**

Se non avessimo avuto la pandemia da Covid-19 e il relativo lockdown avremmo certamente fatto il punto sullo stato di attuazione della legge 81/2014. Infatti, sono trascorsi 5 anni dal 31 marzo 2015 quando sono stati chiusi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sostituiti da un sistema di welfare di comunità, dai servizi sociali e sanitari dei quali fanno parte i Dipartimenti di Salute Mentale, al cui interno operano le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Il processo di riforma è stato affrontato superando sul campo difficoltà e incertezze mediante l'invenzione di un modello di lavoro originale, molto complesso certamente non lineare e definitivo. Come ricorda Basaglia[1] la realizzazione della riforma "sarà sempre un progetto perché non avrà mai fine, è sempre qualcosa che muta e mutando crea contraddizioni".

### **L' impossibile è diventato possibile.**

Oggi, nel vissuto sembra passato molto tempo e pare quasi scontato ciò che non lo era affatto: fare a meno degli OPG. Pur con tutti i limiti è stato un successo della psichiatria italiana. Il processo, dopo la fase pionieristica, sembra entrato in una fase di assestamento, le prassi hanno colmato i vuoti, definito i rapporti, evidenziato punti di forza e quelli critici. La "rivoluzione gentile", spenti i riflettori della politica e anche dei mezzi di comunicazione, è diventata un "riformismo pragmatico" e applicativo, una paziente costruzione di relazioni, di mediazioni e compromessi fondati spesso sul desiderio di collaborare tra psichiatria, sulla quale grava il peso anche psicologico della gestione, e magistratura, UEPE, Forze dell'Ordine e Prefetti. Un sistema interistituzionale

a dimensione regionale da un lato privo di una regia nazionale politica e tecnica e dall'altro posto in prossimità anche se Sindaci e Comuni[2] sono stati lasciati, a differenza della 180, in una posizione marginale a fronteggiare le preoccupazioni dei cittadini. In molti casi sono stati anche capaci di risposte colte, avanzate, costruite con la comunità e il volontariato. Un sistema in movimento, magari carsico o raddomato, anche sotto il profilo giuridico.

Infatti, come noto la riforma è incompleta e non sono cambiate le norme del codice penale su imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza. Punti apparentemente intoccabili sono oggi oggetto di importanti proposte di Franco Corleone[3]. L'obiettivo è quello di creare, secondo Costituzione, un sistema unitario, in grado di assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona. Anche nel caso che a commettere reati siano persone con disturbi mentali alle quali va assicurato il diritto al processo, affrontando il tema delle patologie nella definizione ed esecuzione dell'eventuale pena.

Se i decreti applicativi della legge 103/2017 che pure avevano suscitato dibattiti e perplessità ma anche speranze hanno rimosso il fondamentale tema della salute mentale negli Istituti di Pena, la sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019 ha definito che le REMS siano dedicate all'esecuzione delle Misure di Sicurezza, definitive in primis, prevedendo altri percorsi per l'infermità mentale sopravvenuta nel detenuto (art. 148 c.p.). Sono rimaste le incertezze, anche in termini di garanzie, sulle misure di sicurezza provvisorie che rappresentano circa il 35% degli invii in REMS.

### **Un sistema di Comunità**

Il nuovo sistema di comunità fa riferimento alla legge 180/1978 e vede alcuni principi di fondo che è opportuno ricordare: la residualità della misura di sicurezza detentiva, la territorialità su base regionale, la durata massima della misura non superiore alla pena edittale massima, il numero chiuso nelle REMS, l'assenza di contenzioni e un orientamento alla recovery e al no restraint. La gestione delle strutture è sanitaria mentre la vigilanza esterna è affidata alle forze dell'ordine. In questi anni il Consiglio Superiore della Magistratura[4] si è espresso per ben due volte ritenendo necessario "delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell'ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative". Inoltre ha sottolineato come sia strategica la collaborazione tra giustizia e psichiatria che porti a protocolli,[5] allo sviluppo di un dialogo reciproco e ad "una costante integrazione funzionale" tra gli Uffici di Sorveglianza, i Dipartimenti di Salute Mentale, le sue unità operative e le Rems e gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE). Nonostante questi importanti pronunciamenti, ai quali si sono uniti anche quelli del Comitato Nazionale di Bioetica, in diversi ambiti sono rimaste invariate culture e prassi e, da più parti erroneamente, si ritiene che l'OPG sia stato solo sostituito dalle più umane, ma sempre custodiali, REMS.

Sono stati sollecitati più posti in REMS stigmatizzando il problema delle liste di attesa[6] o denunciando la presenza di malati pericolosi, liberi o altri ingiustamente detenuti presso gli Istituti di Pena o le Articolazioni Tutela Salute Mentale. Tutti ambiti nei quali operano i DSM che d'intesa con la Magistratura, con i necessari investimenti, possono proporre soluzioni personalizzate e alternative alla detenzione in carcere ma anche alle REMS. Il sistema, se lasciato nella solitudine, nell'isolamento e nel disinvestimento, tende a regredire e ad implodere, assorbendo risorse che finiscono più ad automantenerlo, piuttosto che a farlo evolvere nell'interesse delle persone. E' quindi necessario un costante investimento. Questo anche per mantenere nelle REMS un alto il livello di turnover, un basso il tasso dei reingressi (inferiore al 5%) e degli eventi avversi specie di quelli più gravi (suicidi, aggressioni, ed al.).

Agli psichiatri è stato lasciato il peso e la responsabilità anche psicologica dell'attuazione della legge e degli eventi critici e nonché la gravosa posizione di garanzia, quando invece andrebbero sostenuti e fruire del "privilegio terapeutico". Gli operatori hanno mantenuto un alto livello di motivazione e impegno. Il successo della riforma dipende molto da loro, ma purtroppo i grazie sono stati pochi.

E' ancora diffuso un sottile, silenzioso scetticismo e da qualche parte, viene rimpianto il modello di OPG di Castiglione delle Stiviere. C'è chi chiede, sul modello canadese od olandese, strutture forensi ad alta, media e bassa intensità di trattamento e al contempo vi è un movimento orientato invece a promuovere un loro progressivo superamento. Un dibattito che può essere fecondo se la riflessione parte dal reale, dalle caratteristiche anche ambientali delle REMS, dai diversi modelli terapeutico-riabilitativa, pure tutti normati dal Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012. Infatti si va dalle "REMS diffuse" del Friuli di 2 posti fino al sistema modulare di REMS di Castiglione delle Stiviere, con complessivi 120 posti, mentre la maggior parte delle strutture ha 10-20 posti e solo in pochi casi due moduli insistono sulla stessa sede. La più recente indagine, effettuata da Catanesi[7], indica la presenza di 30 REMS con una dotazione di 606 posti, con un buon turnover e risentono delle condizioni non solo dei DSM ma anche delle situazioni socio-ambientali (tassi di criminalità, livelli occupazionali ecc.) dei diversi territori il che influisce da un lato sulla lista di attesa e dall'altro sulle possibilità di inclusione lavorativa e sociale. Problema ancor più grave per migranti, senza fissa dimora, apolidi, persone prive di riferimenti. Un tema che merita attenzione particolare è la risposta di cura alle donne, che rappresentano circa il 10% degli ospiti delle REMS. In questo periodo, secondo i primi dati di uno specifico questionario[8], sembra che le REMS abbiano affrontato piuttosto bene anche la pandemia da Covid-19 con soli due casi in una sola REMS. Gli ospiti hanno capito e collaborato, segno che una terapia della responsabilità è possibile e utile. Agli utenti va riconosciuto un merito nella riforma, hanno capito che era meglio, ma certo non risolveva tutti i problemi specie quelli sociali e familiari, e tanto meno quelli connessi alla patologia o all'esistenza.

## **Nuove prassi**

Il sistema di assegnazione alle REMS, effettuato dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, il quale appare del tutto inadeguato, espressione di una logica burocratica, del trovare un posto piuttosto che definire un percorso, su una base clinica e progettuale. Un percorso che dovrebbe essere attivato prima, verificando al massimo grado la possibilità di dare applicazione alla misura della libertà vigilata.

Gli accessi influiscono sul "case mix" di ogni REMS con rischi per lo stesso funzionamento e l'efficacia terapeutica, talora compromessa anche solo da 1-2 persone con alta psicopatologia, antisociali, non responsivi alla terapia, aggressivi quando non anche con una forte inclinazione criminale. Al clima contribuisce anche "l'effetto accumulato" delle persone con reati gravi per la tendenza ancora molto diffusa nella magistratura di considerare la misura di sicurezza alla stregua della pena, imponendo di conseguenza la permanenza in REMS a prescindere dallo stato psichico e dallo sviluppo del programma di cura. Giungendo al paradosso dell'indimissibilità come in manicomio, per cui se il paziente sta male deve stare in REMS, lo stesso se sta bene, perché questo accade solo perché continua a restare in REMS.

Questo accade anche ai pazienti seguiti dai CSM per i quali la misura talora viene prorogata "sine die" come se la condizione di libero vigilato non potesse lasciare il posto a quella di "libero cittadino". Occorrono sforzi per valutazioni collegiali che tengano conto dei limiti dell'azione terapeutica e tendano a mitigare la non sintonia dei tempi della cura rispetto a quelli della giustizia. Per questo è fondamentale la definizione di Buone Pratiche e lo sviluppo di una cultura dei periti psichiatri, degli avvocati, dei garanti tale da essere in sintonia con la nuova impostazione legislativa. Fondamentale è il ruolo delle rappresentanze della società civile, del volontariato e delle associazioni di utenti e familiari.

Formazione, conoscenze, mentalità, relazioni e prassi sono assai differenziate a seconda dell'ambito territoriale. L'accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 26 febbraio 2015[9] doveva essere di durata annuale, di transizione e andrebbe rivisto.

Pur con questi punti critici, le collaborazioni psichiatria e giustizia hanno consentito l'applicazione della legge 81 tanto che la maggior parte dei pazienti è nel territorio. I dati sono solo stimati, in quanto manca un valido sistema informativo nazionale, ma sulla base di quelli dell'Emilia Romagna si può ipotizzare che vi siano circa 9mila utenti nel territorio con un rapporto di 1 caso in REMS/ 15 sul territorio. Di questi il 65% circa è ospite di Residenze o è sostenuto da progetti con Budget di Salute e pertanto vi è la necessità di sostenere il percorso di attuazione con adeguate risorse anche economiche. Una "consensus conference" nazionale potrebbe essere la via attraverso la quale giungere a validare regolamenti delle REMS e buone prassi, nella chiarezza dei ruoli, la pratica del "doppio patto" (della persona con giustizia e psichiatria), la definizione dei PTRI e modelli d'intervento riabilitativi e di inclusione sociale migliorando l'organizzazione prevedendo in ogni DSM l'istituzione di una funzione/UO di Psichiatria Forense.

## **Conclusione**

Parafrasando Basaglia in questi 5 anni abbiamo dimostrato che è possibile una psichiatria senza OPG e che anche per i pazienti psichiatrici autori di reato si possono realizzare interventi incentrati sulla comunità. Un risultato che nel 2014 quando abbiamo cominciato, avremmo certamente sottoscritto. Tuttavia la situazione di oggi, le contraddizioni che si sono aperte e la fase politica hanno lasciato la riforma in mezzo al guado e se da un lato sono evidenti i rischi di regressione, dall'altro sembra essersi attivato, forse di necessità un riformismo pragmatico, dal basso. Un complesso di conoscenze ed esperienze che dovrebbe essere valorizzato. Un coordinamento nazionale potrebbe raccogliere il meglio del dibattito sulle REMS, il loro numero, le dimensioni evitando il riproporsi di una cultura "securitaria", di far pensare alle REMS come sostituti dell'OPG e riferimento del sistema. Un arretramento pericoloso che va contrastato mediante un modello diffuso sul territorio e non incentrato sulle REMS, strutture residuali, sempre temporanee e provvisorie, tendenzialmente da superare. Questo si attuerà nella misura in cui si sarà capaci di alzare il livello della qualità della risposta dei DSM, degli enti locali, dei cittadini, dei pazienti e familiari.

Un sistema di welfare pubblico universale, fondato sulla Costituzione, è l'unico che può garantire una risposta di comunità, quella più appropriata e efficace. La legge 81, come la 180, non riguarda solo le persone con disturbi mentali ma tutti in quanto non solo ha ridefinito il "patto sociale" ma ha portato all'attenzione la necessità di riformare le norme su imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza e funzioni della pena, la sua esecuzione. Il percorso indica anche il bisogno di ripensare un sistema penitenziario costoso (per ogni posto circa 150 euro/die), poco efficiente e spesso sanzionato a livello europeo. Un punto chiave che interroga su come nel nostro Paese ci si occupa del dissenso, della devianza, delle diversità. La loro segregazione è impossibile e il clima di paura e intolleranza alimentati dal pericolo (vero, presunto, percepito o rappresentato) rischia solo di attivare un circolo vizioso che va fermato. Infine, in questi giorni di pandemia, viene da chiedersi se come Paese saremo in grado di continuare con motivazione nella linea della 180, della legge 81 e in fondo della Costituzione per costruire insieme, pur nelle contraddizioni, un nuovo "patto sociale" in una comunità che si prende cura di tutte le persone con un approccio fondato su pratiche no restraint e sul rispetto dei diritti?

**Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo** – Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail <ppellegrini@ausl.pr.it>.

[1] [www.youtube.com/watch?v=NNok3\\_45UqU](http://www.youtube.com/watch?v=NNok3_45UqU)

[2] Salvo Bologna la gran parte delle REMS è collocata in Comuni medio-piccoli.

[3] Corleone F. (a cura di) Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura dell'OPG, una scelta radicale, Fondazione Michelucci Press

[4] "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi" 19 aprile 2017. "Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche" del 21 settembre 2018

[5] Protocolli operativi sono stati firmati in Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto

[6] Ad aprile 2019 di 391 ma il dato resta approssimativo Cecconi S.,Pellegrini P. L'osservatorio sulle REMS: Primo report in Corleone F. (a cura di) Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura dell'OPG, una scelta radicale, Fondazione Michelucci Press71-78

[7] Catanesi R., Mandarelli G, Ferracuti S., Valerio A. Carabellese F. "Indagine sulle REMS Italiane. Un anno di osservazione" Rassegna Italiana di Criminologia, Anno XIII N. Speciale 2019, 7-23

[8] Pellegrini P , Paulillo G. , Pellegrini C., Barone R. , Cecconi S. Primi risultati del questionario sulle REMS al tempo del Covid -19, in corso di

[9] Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3-ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 20152014 n. 2014, n. 81