



Dopo l'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario):

un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS con una ricerca azione nel sistema poli-modulare REMS di Castiglione delle Stiviere

Perché a guardar dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG

Sommario del Report conclusivo

Il progetto “*Dopo l'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario): un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS (Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza) con una ricerca azione nel sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere*” si è proposto di analizzare le modalità di funzionamento del nuovo sistema di trattamento delineato dalla legge 81/2014 per i soggetti autori/autrici di reati penali (dichiarati/e non imputabili in quanto infermi/e di mente e perciò prosciolti/e, ma sottoposti a misure di sicurezza).

Il progetto è stato elaborato e condotto (nel 2019) sulla spinta di alcune difficoltà di applicazione della legge (in particolare il sovraccarico delle REMS di compiti impropri, in contrasto col loro carattere di *extrema ratio* secondo la legge).

La finalità generali del progetto:

- Individuare le principali problematiche nell'applicazione della legge 81
- Verificare la corretta applicazione della legge 81/2014 rispetto all'intendimento del legislatore di superare il paradigma fondato sulla “cura e custodia” (per soggetti considerati “pericolosi a sé e agli altri”) a favore del paradigma “terapeutico” (per soggetti affetti da malattia mentale, considerati in quanto pazienti come bisognosi di cure, da offrire secondo i principi dell'etica medica così come avviene per i pazienti affetti da altre malattie).
- Approfondire la dinamica fra le diverse istituzioni (giudiziarie e sociosanitarie) coinvolte nell'applicazione della legge, il loro livello di interazione e collaborazione, il grado di adesione all'ispirazione della legge.
- Verificare i vincoli posti dalla normativa del “binario speciale” penale per infermi/e di mente, rimasto invariato nonostante la legge 81 abbia radicalmente mutato il sistema di presa in carico di questi soggetti.
- Delineare una prospettiva di più lungo periodo, normativa e culturale, per il superamento dei residui di cultura manicomiale

Obiettivi specifici

- Aprire una “finestra” sul percorso giudiziario che conduce al “binario speciale” per infermi/e di mente (tramite un'analisi su perizie psichiatriche al fine di approfondire i criteri che conducono al proscioglimento e al giudizio di “pericolosità sociale”).
- Verificare il funzionamento di una REMS con particolari caratteristiche come quella di Castiglione delle Stiviere (per la grande capienza, per la concentrazione di utenza al di fuori del territorio, per la “eredità storica”)
- Verificare i punti forza/aree problema di una REMS dal punto di vista dei soggetti direttamente coinvolti (pazienti e operatori di varia competenza e collocazione gerarchica)

Azioni

- 1. Analisi della legge 81/2014 all'interno del processo di modifiche normative e di pronunciamenti della magistratura verso la chiusura degli OPG.
- 2. Disanima di precedenti indagini e ricerche di valutazione circa il recente sistema REMS
- 3. Ricerca -azione nel sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere, articolata in un **primo step di ricerca qualitativa** (con interviste e focus group a operatori /trici e a pazienti) e un **secondo step** (studio di un campione di perizie psichiatriche di soggetti ricoverati nella REMS di Castiglione delle Stiviere).

-

Risultati

La legge 81/2014 nel quadro dell'evoluzione normativa passi ancora da compiere

La legge 81/2014 chiude un complesso processo che vede come tappe principali: il superamento della presunzione di pericolosità della persona sofferente psichico, che da allora deve essere accertata (abrogazione dell'art. 204 c.p); gli interventi della Corte Costituzionale (C.Cost. 253/2003 e C.Cost. 367/2004) che hanno messo al centro della misura la salute della persona; il passaggio alle Regioni della gestione della salute in carcere e negli OPG (DPCM del 1° aprile 2008); la chiusura degli OPG (legge 9/2012, art. 3-ter).

Con la legge 81/2014, nel passaggio dalla logica manicomiale alla cura della singola persona, la presa in carico dovrebbe di regola avvenire sul territorio da parte dei servizi territoriali attraverso programmi terapeutici personalizzati, mentre la misura di sicurezza custodiale in REMS, la più restrittiva, dovrebbe rimanere come *extrema ratio*. Le REMS sono a esclusiva gestione sanitaria, con chiara finalità terapeutica e perciò a numero chiuso (indicativamente con un massimo di 20 posti letto), organizzate e ubicate in modo da rispettare il principio di territorialità, garantendo il legame con la rete dei servizi socio-sanitari che dovranno essere pronti a prendere in carico la persona sia durante, che, soprattutto, dopo la misura detentiva in REMS.

La legge 81/2014 ha riguardato soltanto i "folli rei", lasciando in un clima di incertezza altre categorie di reclusi precedentemente ospitati in OPG (quali i "rei folli", ossia le persone condannate a pena detentiva perché giudicate imputabili ma colpite durante la permanenza in carcere da disturbi psichiatrici gravi tali da renderli incompatibili con il regime detentivo). La sentenza della Corte Costituzionale n.99 del 19 aprile 2019 ha iniziato a colmare le lacune, eliminando la norma (148 c.p.) che in precedenza destinava i "rei folli" al OPG; e ha aperto la strada verso la prospettiva dell'uscita dal carcere (con possibilità di detenzione domiciliare) per permettere cure adeguate.

Per una definitiva sistemazione del trattamento degli autori di reato affetti da disabilità mentale (o psicosociale), sono state elaborate proposte di legge organiche, quali la proposta del 16 dicembre del 2019 dell'Ufficio del Garante delle persone private della libertà della Regione Toscana volta al superamento del "binario speciale" di giustizia per gli "infermi di mente".

Successivamente a questa ricerca, nel marzo 2021, è stata presentata la proposta di legge, primo firmatario Riccardo Magi, per il superamento della non imputabilità e l'introduzione di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale.

Indicazioni da precedenti studi e ricerche

Sono stati analizzati: i report dell'*Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle Rems*, fondato dal Comitato Stop OPG, che ha visitato le Rems dal 2015 in poi; il report di Antigone sulle condizioni di detenzione; la ricerca in profondità sulla REMS di Volterra documentata nel volume a cura di Franco Corleone "*Mai più Manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra – La nuova vita dell'Ambrogiana*"; il report sull'impatto dell'emergenza da Covid-19 nelle REMS del 2020, a cura dell'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e del Coordinamento nazionale REMS.

Dall'insieme di questi documenti, emerge:

- L'individuazione di fattori distintivi delle REMS, su cui misurare la cesura rispetto all'OPG (residenze di piccole dimensioni, intervento centrato sulla progettualità per passaggio a cure sul territorio, piena interlocuzione con i Dipartimenti Salute Mentale e con l'intera rete sociosanitaria territoriale)
- La misura di sicurezza detentiva quale *extrema ratio* come criterio distintivo più importante e la constatazione dell'eccessivo ricorso a queste misure da parte della magistratura.
- La particolare situazione dei soggetti sottoposti alla misura di sicurezza detentiva dopo aver scontato la pena in carcere
- La tipologia di personale (in larga prevalenza infermieri e OS), a fronte di una limitata presenza di altre tipologie (come gli educatori).

La ricerca azione nel sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere

La ricerca azione è stata condotta nel “sistema polimodulare di REMS provvisorie” di Castiglione delle Stiviere, collocato negli stessi edifici del precedente OPG (con alcuni adattamenti). Il sistema provvisorio è formato da n.5 unità residenziali dotate di separazione logistica e organizzativa per 20 posti letto ciascuna, per un totale di 100; con in più un reparto, denominato Aquarius (maschile) di 60 posti letto. **I complessivi 160 posti** costituiscono una “struttura complessa psichiatrica giudiziaria”, che serve l'intero territorio regionale.

Il progetto definitivo della Regione Lombardia prevede **120 posti** attivi in 6 REMS di nuova costruzione concentrate **in uno spazio attiguo agli attuali edifici** (con la costruzione di altre due REMS nel territorio regionale).

Si è ritenuto che questa struttura potesse rappresentare un punto di osservazione significativo per l'approfondimento sul funzionamento delle REMS, da un lato per la complessità della struttura e per l'alto numero di persone ricoverate; dall'altro per i particolari elementi di continuità strutturale fra il sistema polimodulare e il vecchio OPG.

La documentazione di base si è avvalsa *della Relazione della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia* (novembre 2018), il report sulla *visita dell'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS* (luglio 2019), la *Relazione sull'attività del Servizio Sociale di Castiglione delle Stiviere* (2018).

Step 1-la ricerca qualitativa fra operatori e pazienti

Partecipanti e raccolta dati: sono state effettuate n. 2 interviste in profondità a testimoni privilegiati (Direzione REMS, Direzione clinica Psichiatria Giudiziaria); 1 focus group generale, con figure di varia professionalità da tutte le unità residenziali; 5 focus group con membri dello staff operanti in alcune delle unità REMS; n. 7 interviste in profondità a pazienti.

L'analisi di contenuto delle interviste e dei focus group (Allegato 2 del Report) è stata effettuata secondo la *Grounded Theory*, disegnando “alberi concettuali” attraverso l'individuazione di “aree tematiche”, ramificate in “categorie” con varie dimensioni (codici). Per i particolari della metodologia, si veda il paragrafo 2.2 del Report finale.

Analisi di contenuto e principali elementi emersi

Per le interviste e i focus group al personale, sono state individuate tre aree: 1) il **macrosistema REMS** (*il mandato istituzionale, l'applicazione del principio della REMS come extrema ratio, i livelli di collaborazione con la Magistratura, con i DSM, con la rete territoriale dei servizi, la collocazione della REMS fra cura e misura di sicurezza, fra terapia e custodia*); 2) il **microsistema REMS** (*la “cura obbligata al chiuso”, la logica del recovery versus la logica giudiziaria del “controllo”, il rapporto fra le differenti competenze professionali, il modello “ospedalocentrico”, la sicurezza/insicurezza percepita, la continuità/discontinuità con l'OPG*); 3) la prospettiva **Verso il**

cambiamento (*modifiche normative ipotizzate, proposte alternative per Castiglione delle Stiviere, proposte per migliorare l'applicazione della legge 81/2014*).

Per le interviste ai pazienti, sono state individuate le categorie relative alla **Vita quotidiana in REMS** e al **Significato della permanenza in REMS** (attribuito dai pazienti).

Fra gli elementi emersi: la percezione di un contesto socioculturale che privilegia il mandato custodiale rispetto al mandato curativo, la non coincidenza dei tempi della cura coi tempi della misura di sicurezza nel vissuto del paziente, la (difficile) accettazione della designazione di malato di mente, la “incertezza” della permanenza in REMS a confronto con la “certezza” della pena carceraria, la “doppia pena” dei seminfermi (con l’invio in REMS dopo il carcere), le caratteristiche dell’utenza di estrema emarginazione sociale con nuove tipologie psichiatriche (disturbi di personalità), l’anomalia della “cura obbligatoria al chiuso” e il riflesso sulla relazione terapeutica, il conflitto fra la logica del *recovery* (processo fondato sulla dimensione ambientale oltre che individuale) e la logica (puramente individuale) della “pericolosità sociale”. Fra i punti forza: lo sforzo per costruire un modello terapeutico della REMS nonostante la cornice normativa e simbolica della “pericolosità sociale” legata alla misura di sicurezza. Particolarmente interessante l’elaborazione rispetto alla sicurezza, vista come costruzione di un ambiente sicuro (per personale e pazienti) e non solo legata alle caratteristiche individuali (di pericolosità) dei pazienti.

Rispetto alla “continuità/discontinuità con l’OPG”, si distinguono osservazioni che, pur essendo ovviamente radicate nell’esperienza di Castiglione delle Stiviere, hanno una potenzialità interpretativa più generale del sistema REMS (come la persistenza del modello ospedale-centrico tipico dell’OPG, l’insufficiente risposta dei servizi e della cultura del territorio che spinge verso la continuità con l’OPG); altre osservazioni sono invece espressamente mirate alla specificità di Castiglione delle Stiviere (il forte addensamento di pazienti e i suoi effetti negativi sull’integrazione territoriale degli stessi; ma anche il riconoscimento di risultati positivi (alto “turn over”, liste di attesa “tutto sommato basse”, forte ricambio degli operatori).

Sono auspiccate **modifiche normative** “radicali” verso l’eliminazione della “non responsabilità” penale per “infermità mentale” (peraltro in contrasto con il necessario processo di “responsabilizzazione” del paziente nel processo terapeutico), ma anche modifiche parziali e graduali (superamento della “seminfermità mentale”, modifica del 148 c.p. con possibilità di misure alternative al carcere per patologia psichiatrica). Sono fortemente raccomandate **nuove modalità applicative** della legge 81 per sfruttare appieno le possibilità offerte dalla legge stessa (potenziamento del sistema di rete, investimenti sul sociale per l’alto numero di persone marginali, accresciuta collaborazione fra REMS e DSM, governo regionale di promozione delle “buone pratiche” e di disincentivo delle “cattive pratiche”, aumento di figure non mediche e superamento del modello ospedaliero); si auspica una formazione congiunta del personale interno, delle agenzie istituzionali, della rete dei servizi territoriali.

Per ciò che riguarda i pazienti si rilevano: il preponderante vissuto di “incertezza” circa la durata della permanenza in REMS che pregiudica la proiezione sul futuro, ma anche la vita nel presente, generando confusione e rassegnazione (*Poco importa cosa si fa dell’oggi, se il domani è ancora lontano*); la (difficile) comprensione del ruolo della REMS rispetto al reato commesso; il complesso processo di elaborazione della “doppia identità”, di paziente psichiatrico e di autore di reato (vissuta a volte in contrapposizione: o malato o colpevole); il rapporto con le figure “che decidono del proprio destino”, gli psichiatri e i magistrati, accomunati nella posizione di potere, più che distinti nei differenti ruoli; il difficile riconoscimento delle figure “non di potere” (gli psicologi).

Step 2- Indagine su un campione di perizie psichiatriche

E’ stato esaminato un campione limitato di perizie, che pur non essendo rappresentativo della popolazione presente nella REMS, apre però una finestra di riflessione e rappresenta uno stimolo per una indagine più sistematica. Si tratta di 36 perizie di pazienti presenti presso la REMS di Castiglione delle Stiviere, 26 uomini e 10 donne, 31 italiani e 5 extraeuropei (il 53% del campione ha un’età

inferiore a 40 anni e gli under 30 rappresentano il 32%). Nell'82% dei casi (14), la misura di sicurezza era provvisoria al momento dell'ingresso nella REMS, nel restante 18% (3), la persona è entrata in REMS in esecuzione di una misura di sicurezza definitiva.

Per l'imputazione, sono presenti l'omicidio (25,7%), i maltrattamenti contro i familiari (22,8%), minaccia (11,4%), lesioni (8,5%), violenza contro pubblico ufficiale (8,5%), ma anche resistenza a pubblico ufficiale, evasione, ingiuria.

Circa la diagnosi, prevalgono i disturbi di personalità, (44,44% dei casi) e i disturbi dello spettro schizofrenico (33,33%). Fra i disturbi di personalità, la maggior parte (37,5%) sono "Non Altrimenti Specificati"-NAS, seguiti dai border line (25%). La "doppia diagnosi" per dipendenza copre il 63,8% del campione, con 2 casi in cui il DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) è l'unico diagnosticato.

I quesiti posti dal giudice concernono in primo luogo i requisiti essenziali per l'applicazione della misura di sicurezza: la capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto (97,1%); e la pericolosità sociale (91,4%); è presente anche la capacità di stare in giudizio (57,1%), e la richiesta di indicare la misura di sicurezza adeguata (48,5%). Fra le perizie eseguite dopo la legge 81/2014 (che, come detto, stabilisce la misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, imponendo al giudice la valutazione dell'idoneità delle misure non detentive), solo nel 54% dei casi il giudice ha rivolto tale quesito al perito.

La perizia è di norma condotta da psichiatri che non conoscono il soggetto ed è richiesto loro di formulare giudizi sulla capacità di intendere e di volere di una persona in un momento diverso da quello in cui effettuano la perizia e probabilmente abbastanza lontano nel tempo. Il perito in genere si avvale di informazioni che ricava dai documenti processuali e clinici e da un numero esiguo di colloqui diretti (nel campione: una media di 1,5 colloqui; nel 56% dei casi, il perito effettua un solo colloquio con il paziente, nel 33% le visite sono due; soltanto l'8% ricorre a un numero di visite superiore a due).

Il lavoro del perito psichiatrico si articola in una fase diagnostica, di tipo medico psichiatrico; e in una fase valutativa, sulla capacità di intendere e di volere e sulla pericolosità sociale. Nel campione la parte diagnostica è la più corposa.

L'accertamento della non imputabilità incontra alcuni problemi: il perito non è semplicemente chiamato a riconoscere la sussistenza di una patologia psichiatrica, ma a valutare se questa patologia abbia inciso sulle capacità menzionate: un compito sfuggente e incerto, essendo decaduta la concezione biologico deterministica di stampo positivista della malattia psichiatrica, che sorreggeva il nesso causale fra malattia-incapacità di intendere e volere-reato. Ciononostante, il 46,8% delle perizie fa discendere la capacità/incapacità di intendere e volere dalla classificazione diagnostica. Circa la pericolosità sociale, con la crisi della criminologia positivista e la messa in discussione del legame malattia mentale/pericolosità a sé e agli altri, non è più sostenibile ricavare il giudizio di pericolosità dalla diagnosi psichiatrica. Tuttavia, nel 41% dei casi esaminati, la valutazione di pericolosità non tiene conto di alcun altro elemento se non della diagnosi.

Nell'insieme, diversi sono i fattori di insoddisfazione nel campo delle perizie, fra cui:

- Non sono in alcun modo coinvolti i dipartimenti salute mentale, né altri agenti che possano contribuire alla costruzione di un percorso alternativo al ricovero in REMS.
- Il periziando è oggetto della perizia e non soggetto con dignità e diritto di parola. L'idea che la rimozione di alcuni fattori di svantaggio sociale, educativo, lavorativo possa incidere sulla riduzione del rischio di recidiva non è contemplata, come non è contemplata l'idea che la misura di sicurezza più adeguata possa essere prefigurata e decisa entro un patto di cura alla cui elaborazione la persona prenda parte.
- Le perizie si concentrano prevalentemente sulla parte diagnostica, da cui le altre valutazioni discendono, in buona parte dei casi, come logiche conseguenze, a conferma del nesso persistente malattia mentale – incapacità – pericolosità (su cui il binario speciale di giustizia per i "folli rei" trova storico fondamento).

In conclusione

Per riassumere i principali risultati. La ricerca ha cercato di individuare le contraddizioni dall'interno di una REMS, attraverso le percezioni e le aspettative di chi la REMS la vive quotidianamente, da paziente e da operatore, considerando l'applicazione della legge 81 uno snodo significativo per valutare in concreto la fase di "passaggio di paradigma".

In primo piano, nella percezione degli operatori, emergono *"le contraddizioni di sistema"*: la REMS non è utilizzata come "extrema ratio" della presa in carico dei "folli rei", poiché risultano carenti gli strumenti, i presidi, in ultima analisi la cultura della cura nella comunità territoriale. La rete comunitaria non è ancora pienamente in grado di assolvere alla sua funzione cruciale: sia per una debolezza pregressa della sanità territoriale e per l'indebolimento del welfare, sia per la complessità dei meccanismi che chiamano in causa molte agenzie a decidere i percorsi giudiziari-curativi dei soggetti autori di reati con patologie psichiatriche gravi: in primis la magistratura – di cognizione e di sorveglianza- , ma anche lo UIEPE (l'incrocio di competenze è particolarmente intricato per i soggetti che transitano dal carcere alla misura di sicurezza in REMS, o viceversa, come i cosiddetti "seminfermi").

Si può dire che, in settori dell'opinione pubblica ma anche delle agenzie (o di parte di esse) che presiedono al funzionamento del nuovo sistema, la legge 81 è tuttora intesa, in maniera semplificata e distorta, come la "sostituzione dell'OPG con la REMS": facendo dunque implicitamente prevalere la valenza custodiale della misura di sicurezza in luogo "chiuso", rispetto alla valenza curativa. In tal modo sulla REMS si determina una pressione per l'accoglimento di una utenza che riproduce un agglomerato di disturbi di diversa natura e gravità e di marginalità sociale (più consono al vecchio OPG che alla ratio della riforma).

Nonostante la debolezza di "sistema", la legge 81 ha messo in moto energie per adempiere alla *mission* curativa della REMS, verso un *modello terapeutico ispirato al recovery*, che si manifesta in primis nella ricerca di soluzioni territoriali che permettano di dimettere le persone. Tuttavia, nella quotidianità della pratica clinica si riscontrano problemi che non permettono di dispiegare al meglio la potenzialità terapeutica: fra questi, la composizione differenziata dell'utenza, con un forte aumento di "disturbi di personalità" e "doppia diagnosi", per i quali perfino si avanza il dubbio che la cura "obbligata" in luogo chiuso possa essere la risposta adatta. Rimane alto il numero delle persone con prioritari bisogni sociali: la presenza massiccia di persone in grave disagio sociale solleva un interrogativo sulla selezione sociale del sistema giustizia, che sembra operare a monte in continuità con quella che era una volta la risposta contenitiva dell'OPG.

Un punto forza è l'atteggiamento riflessivo e la tensione verso un "modello di intervento REMS": lo sforzo di elaborazione si scontra però con la caratteristica di fondo della "cura" in REMS, ossia "la cura obbligata al chiuso", coi limiti cioè del dispositivo giudiziario delle misure di sicurezza: che determina una discrasia fra "tempi della cura" e "tempi della misura di sicurezza" (uno degli elementi più afflittivi nel vissuto dei pazienti, insieme alla "incertezza" di durata della misura di sicurezza). E' questo un elemento di giudizio fondamentale: *se è vero che il nuovo sistema di trattamento dei "folli rei" in cui sono inserite le REMS rappresenta un passo importante verso il superamento dell'OPG, tuttavia non esaurisce il percorso*. In questa luce, l'eliminazione del "binario speciale" di giustizia per i "folli rei" si rafforza come l'obiettivo finale nel superamento del paradigma di "cura e custodia". Dall'analisi delle perizie, si ricava un interessante (seppur limitato) spaccato circa il funzionamento del canale giudiziario a monte della REMS. In molti casi i giudici non pongono quesiti circa la misura di sicurezza, più o meno lieve, da imporre, né si chiedono indicazioni sul progetto terapeutico.

Colpisce *la non attenzione alla soggettività del paziente*, a iniziare dallo scarso ascolto dedicato alla persona (il 55% delle perizie registra un solo colloquio). La mancanza di ascolto del paziente da parte del perito sembra inserirsi nei tradizionali dispositivi di "passivizzazione" della persona, che scandiscono altri momenti della vicenda giudiziaria verso il proscioglimento (dall'assenza del consulente della difesa e spesso della difesa stessa, e quindi anche della persona imputata al giudizio).

Nella prospettiva della futura “alleanza terapeutica”, il paziente dovrebbe essere attivato e responsabilizzato quanto più possibile, posto in grado di comprendere i passaggi giudiziari e informato sin dall’inizio del futuro che lo aspetta. L’incertezza e lo stress peggiorano il quadro psicopatologico, minano la relazione di fiducia coi terapeuti e l’adesione alle cure. Inoltre, anche il soddisfacimento dei diritti sociali è parte importante del processo di “abilitazione” della persona, ad iniziare da quelli basilari (residenza, accesso a pensione, sussidi etc.). Al contrario, guardando alle perizie, sembra che la storia e l’attualità sociale e relazionale della persona sia poco considerata (questo è un tratto generale delle perizie, segnalato dal personale sociale nel corso della ricerca). In conclusione, la perizia (passaggio cruciale nel percorso giudiziario) rivela una visione del malato di mente come “oggetto” di trattamento (imposto): come se per il paziente psichiatrico non valessero la logica e l’etica generali della cura, basata sull’accordo fiduciario e su un impegno di ambedue i protagonisti (paziente e terapeuta), di responsabilità e di reciprocità. Ancora, non si rilevano perizie per verificare lo stato clinico ai fini della revisione della pericolosità sociale del soggetto e della misura di sicurezza. Il che rinvia al problema del prolungarsi nel tempo delle misure di libertà vigilata, per le quali non esiste un limite temporale: col rischio che il paziente psichiatrico resti permanentemente designato come “pericoloso socialmente” e mantenuto sotto controllo, senza mai tornare cittadino libero. In sintesi, le perizie (a iniziare dai quesiti posti) suggeriscono un funzionamento del sistema giudiziario in larga continuità col vecchio OPG più che col nuovo sistema della legge 81.

Piste per riflettere e agire

- 1) *Rimettere in moto il dibattito pubblico per il superamento di quanto rimane della cultura custodiale* (che vorrebbe “i disturbati e disturbanti” rinchiusi a oltranza), *sostenendo la cultura dei diritti*, in accordo con la Convenzione Onu sulle Disabilità.
- 2) *Spingere per una “concordanza di intenti” fra agenzie della giustizia e sociosanitarie* (e fra le diverse articolazioni della rete sociosanitaria stessa). Un nuovo modo di guardare alla disabilità mentale (o disabilità psicosociale) può agire da volano per una più solida strutturazione di un “contesto comunitario” accogliente, verso l’obiettivo di abilitazione psicosociale della persona. Esperienze per un miglior raccordo fra i vari stakeholder esistono (si vedano ad esempio i protocolli di intesa fra diversi enti)
- 3) *Trovare “uno spazio di terreno comune nei linguaggi e nelle pratiche” fra psichiatria e magistratura*. Colpisce la divaricazione dei linguaggi: espressioni come “vizio di mente”, “totale infermità mentale” o “seminfermità mentale”, o anche “incapacità di intendere e volere” sono ben lontane dalla visione dinamica della “disabilità psicosociale”, così come oggi è nominata su ispirazione della Convenzione delle Nazioni Unite sulla disabilità del 2006. La più importante acquisizione è che anche in campo psichico la disabilità non è una caratteristica puramente individuale, quanto il frutto dell’interazione dell’individuo con le condizioni sociali, le credenze, gli atteggiamenti sociali stigmatizzanti e “incapacitanti”. Per superare i quali, la Convenzione indica la via della parità nel riconoscimento dei diritti e dei doveri, anche nel campo della giustizia.
- 4) *Sostenere la discussione sulla riforma normativa per abolire il “binario” speciale di giustizia per i “folli rei”*. Questa proposta riflette una dialettica fra diverse concezioni del diritto, ma anche fra diversi modi di guardare al soggetto portatore di un disturbo psichiatrico. Oggi, a partire dalla esperienza delle REMS, si possono mettere in campo argomenti più puntuali. A cominciare dalla designazione di “irresponsabile” conseguente al proscioglimento per “incapacità di intendere e di volere”: che mal si concilia con il processo terapeutico che deve far leva sulla “responsabilità” della persona. Responsabilità che può certo fluttuare e attenuarsi, seguendo le circostanze della vita e le fasi del disturbo di cui soffre la persona, ma che non può mai scomparire. O per meglio dire: è “l’attribuzione” di responsabilità che non può mai essere esclusa nella prospettiva di “abilitazione psicosociale”, pena il rischio di una spirale di “incapacitazione” del soggetto, proprio quella cui si vorrebbe rimediare.

- 5) *Colmare il vuoto di riflessione e ricerca rispetto alla differenza di genere. C'è poca ricerca sotto questa prospettiva e il presente studio non fa eccezione, a parte l'analisi delle perizie che permette di rintracciare alcuni "fili" dello storico controllo sociale sulla sessualità femminile esercitato sia tramite la giustizia, sia tramite la psichiatria.*
- 6) ***"perché a guardare dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG"***- *Riaprire la discussione sul futuro di Castiglione delle Stiviere. L'eredità scomoda- materiale e simbolica- del vecchio OPG è bene sintetizzata nelle parole sopra riportate di una operatrice di Castiglione delle Stiviere. Guardando "dal di fuori", si ha immediato impatto col "grosso agglomerato", che in quanto tale si porta dietro numerose criticità: la principale delle quali è l'accentramento dei pazienti, con relativa difficoltà a mantenere rapporti con i loro territori di provenienza; ma anche l'accentramento degli spazi, con carenze di luoghi "decentrati" in ciascun modulo REMS per attività varie. In altre parole, l'architettura non aiuta la dimensione comunitaria. Inoltre, anche il criticato modello "medico-centrico e ospedaliero" è più difficile da modificare in una grande struttura di quel genere, di configurazione ospedaliera appunto. In più, il fatto "che dal di fuori ci si aspetti che funzioni come il vecchio OPG" può influenzare anche le agenzie esterne (in primis la magistratura) a premere in quella direzione (negli invii "indifferenziati" di "patologie" sociali e altre problematiche legate alla miseria e all'esclusione sociale, ad esempio). In altri termini, non è da escludere che una parte delle "contraddizioni di sistema" e di residui di cultura ante legge 81 siano più difficili da superare nel contesto di Castiglione delle Stiviere, proprio per la sua "eredità scomoda". E ciò nonostante i punti-forza già evidenziati, dagli sforzi dello staff per aderire al mandato terapeutico e di riabilitazione della REMS, al rinnovamento del personale, con l'immissione di operatori giovani con esperienze varie nella rete sociosanitaria. In conclusione, molte delle criticità potrebbero risolversi se le REMS provvisorie fossero sostituite da un progetto di piccole strutture a norma, decentrate sul territorio della Lombardia (evitando la valenza simbolica della collocazione di una nuova REMS a pochi metri dal vecchio edificio dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, come previsto dal progetto della Regione Lombardia)*

settembre 2021