

Il trattamento terapeutico dell'infermo di mente autore di reato e il ritorno nella comunità.

The therapeutic treatment of mentally ill offenders and their return into the community.

di **Anna Ferrari**

RELAZIONE AL WORKSHOP “MENTAL HEALTH IN PRISON AND PROBATION” - CONFEDERAZIONE EUROPEA DELLA PROBATION (CEP), 6 - 7 DICEMBRE 2017, DUBLINO *

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Con le leggi numero 9 del 2012 e numero 81 del 2014 si è portata a definitivo compimento, da parte dell'Italia, l'opera di superamento degli *Ospedali psichiatrici giudiziari* (OPG) con l'istituzione delle *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza* (REMS). Alle REMS vengono avviati, ai sensi degli articoli 219 e seguenti del codice penale, gli autori di reato affetti da patologie psichiatriche che ne inficiano, in tutto o in parte, la capacità di intendere e di volere. Il tema è oggetto anche della delega legislativa di cui alla legge numero 103 del 2017, che presenta uno specifico punto relativo all'infermità di mente sopravvenuta nel corso dell'esecuzione della pena. Si è così operato un mutamento radicale del panorama normativo del trattamento dell'autore di reato infermo di mente: le REMS assumono connotazioni del tutto differenti rispetto agli OPG trattandosi di strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria e solo con vigilanza esterna.

E' opportuno un breve passo indietro per ripercorrere storicamente i passaggi che hanno portato dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle attuali *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*.

Il dibattito è iniziato a fine ottocento: gli psichiatri di fine '800 (Lombroso, Virgilio, Tamburini) portarono avanti la battaglia per l'istituzione dei manicomi criminali, per le persone per le quali “la prigione sarebbe stata un'ingiustizia e la libertà un pericolo”. Con un semplice atto amministrativo da parte della Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena nel 1876 viene aperto il manicomio giudiziario di Aversa (un ex convento in provincia di Caserta) cui seguiranno quello di Montelungo Fiorentino e di Reggio Emilia. (1982). Nel 1891 il Regolamento generale degli

* Il presente contributo viene pubblicato con il consenso del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità del Ministero della Giustizia.

stabilimenti penitenziari e dei riformatori definì le tipologie di persone da ricoverare nei manicomi giudiziari: si trattava dei *rei follie* dei *folli rei*.

Tuttavia i manicomi giudiziari che erano stati voluti dagli psichiatri italiani non risultarono nel concreto rispondenti alle aspettative: gli psichiatri italiani lamentavano l'inadeguatezza dei luoghi, le carenze igieniche e la promiscuità clinica dei soggetti internati; inoltre, lamentavano la subordinazione dell'aspetto medico psichiatrico alle prerogative del Direttore Penitenziario. Il massimo storico del numero dei ricoverati in manicomio criminale si raggiunge nel 1941: oltre 3400 internati.

Nel 1930 viene approvato in Italia il nuovo codice penale cosiddetto codice Rocco dal nome del Ministro di Giustizia. Il nuovo codice fu salutato con entusiasmo dagli psichiatri e prevedeva il cosiddetto sistema del "doppio binario" con la coesistenza di un sistema di pene e di uno di misure di sicurezza. Il nuovo codice penale prevedeva che ai prosciolti ritenuti pericolosi socialmente (cioè agli autori di reato affetti da patologia mentale che avrebbero potuto ripetere un'azione criminosa) venisse applicata la misura di sicurezza detentiva nel manicomio giudiziario.

Nel dopoguerra, la psichiatria italiana rimase ancorata ai paradigmi del manicomio e agli strumenti di cura sperimentati prima della guerra (si pensi alla terapia tramite elettroschok).

Nel 1970 venne sperimentato a Castiglione delle Stiviere (OPG in provincia di Mantova) una nuova modalità di cura sul modello della comunità terapeutica ma dopo pochi anni tutto tornò come prima: si può dire che questa sia stata una esperienza che ha costituito un precursore rispetto all'attuale modello scelto dal legislatore italiano. Negli anni '70 il numero dei ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari oscillava fra i 1000 e 1500 internati.

Si può dire che fra il 1978 e il 2008 (anno in cui il Comitato per la prevenzione della tortura delle pene o trattamenti disumani e degradanti va a visitare l'OPG di Aversa rilevandone le criticità) si alternano molti progetti di legge diretti al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ma senza seguito e intervengono importanti sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione aventi ad oggetto il tema dell'autore di reato infermo di mente. Così la Corte costituzionale si occupa del tema della possibilità di richiedere la revoca anticipata della misure di sicurezza ed ancora si occupa del problema della pericolosità sociale da valutare in concreto e non in via astratta; la Corte di Cassazione in sede penale viene ad affermare che il disturbo della personalità può essere una causa idonea ad escludere la capacità di intendere e di volere. Si tratta, dunque, di un periodo di grande fermento.

Si arriva così al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 recante "Le modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"; quindi, con la legge numero 9 del 2012 legge si stabilisce tre principi fondamentali:

A) l'esclusiva gestione sanitaria all'interno della struttura;

B) la sicurezza perimetrale, ma solo ove necessaria in relazione ai soggetti ricoverati;
C) il principio di territorialità ovvero il principio secondo cui i soggetti vengono collocati nella Residenza prossima al territorio di provenienza.

Da ultimo, la legge numero 81 del 2014 contenente le disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari con le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Le REMS sono strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria, dirette da un responsabile medico che ne assume la direzione sanitaria ed amministrativa, con ridotta capienza di posti letto (un massimo di 20) ove si svolgono attività terapeutico-riabilitative per gli ospiti, in raccordo e coordinamento con i servizi psico-sociali territoriali. Dunque, le REMS hanno connotazioni del tutto differenti rispetto ai manicomi giudiziari di gestione penitenziaria. Attualmente, tutti gli ospedali psichiatrici giudiziari che vi erano in Italia sono stati chiusi. Gli ultimi ad essere stati chiusi sono quello di Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia) e di Montelupo Fiorentino (Toscana).

La residualità del ricovero in REMS - La finalità degli interventi legislativi in materia di esecuzione delle misure di sicurezza si basa sul principio secondo cui per il non imputabile il ricorso alla misura di natura *lato senso* custodiale deve considerarsi la soluzione estrema e residuale. Si ricorre al ricovero in REMS soltanto quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare, da un lato, cure adeguate, dall'altro lato, a fronteggiare la pericolosità sociale dell'infermo, un accertamento quest'ultimo che va effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona (e rinnovato periodicamente).

La misura può essere applicata anche provvisoriamente vale a dire quando il processo è ancora in corso e non vi è ancora una sentenza sul fatto-reato. In ogni caso, anche quando la misura è applicata provvisoriamente è necessaria la pronuncia del giudice (è il giudice delle indagini preliminari) che è chiamato a valutare se il ricovero sia assolutamente indispensabile per le finalità di cura e di tutela sociale.

La transitorietà del ricovero in REMS - L'internamento in REMS assume oltre che il carattere della eccezionalità, anche quello della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente, infatti, per ogni ricoverato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato inviato al giudice, progetto costantemente rimodulato in vista della dimissione. È, inoltre, stato introdotto un termine massimo di durata per le misure di sicurezza al precipuo fine di scongiurare "gli ergastoli bianchi" e sul presupposto che il prolungamento di una misura di sicurezza nel lungo periodo si rivela fonte di cronicizzazione, di irrigidimento sanzionatorio sterile e di marginalizzazione dell'individuo dal tessuto sociale.

Come detto, per garantire la transitorietà della misura di sicurezza è previsto che la pericolosità sociale del paziente sia costantemente monitorata. Ciò avviene attraverso la fissazione da parte del giudice di una udienza che si svolge con la presenza del paziente e del suo difensore avente ad oggetto la valutazione attuale della condizione dell'autore di reato infermo di mente. Tale udienza si svolge

normalmente presso la Residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza: il giudice e il suo difensore si recano presso la REMS e non il paziente in Tribunale. Questa udienza avente ad oggetto la rivalutazione della pericolosità sociale viene fissata almeno ogni anno ma nulla impedisce al giudice di fissarla anche dopo un periodo di tempo inferiore, in relazione alle condizioni del soggetto. Anche il difensore, previsto obbligatoriamente, può sollecitare con una sua istanza il giudice a fissare anticipatamente l'udienza per valutare se la misura di sicurezza si è ancora giustificata ovvero se permane una pericolosità sociale tale da rendere qualunque altra misura insufficiente a contenerla: in tal caso il giudice ha l'obbligo di anticipare l'udienza. Il paziente è avvisato formalmente della fissazione dell'udienza e viene chiamato a comparire anche il suo tutore. Il giudice, prima dell'udienza, richiede al personale medico responsabile della REMS una relazione dettagliata sulle condizioni attuali del paziente, sull'andamento del programma terapeutico-riabilitativo individualizzato. Il giudice chiede, anche, al sistema di probation, una relazione dettagliata sulla famiglia del paziente al fine di comprendere, tra l'altro, se vi sia la disponibilità a riaccoglierlo sul territorio: a tale fine il giudice chiede altresì che nella relazione all'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna indichi se si ritenga idonea la ricollocazione della famiglia o se sia maggiormente opportuna la scelta di una comunità. La comunità si viene così a porre in una fase intermedia fra la REMS e il rientro nel proprio ambito familiare del paziente.

A tale scopo, la legge prevede che il paziente venga ospitato, secondo un principio di territorialità, nella REMS della Regione di provenienza onde garantire una specifica prossimità con il territorio di origine. Nel corso dell'udienza, cui non è ammessa la presenza di pubblico, il giudice può porre domande al paziente ed ascoltarlo nelle sue esigenze. Nel caso il giudice decida di prorogare la misura di sicurezza, è ammessa l'impugnazione ad altro giudice: in ogni caso tale decisione sarà comunque rivalutata quando sarà fissata la nuova udienza (come detto normalmente dopo un anno ma anche dopo periodo di tempo inferiore) per verificare se l'infermo di mente debba ancora essere considerato socialmente pericoloso. Per facilitare al giudice la possibilità di impostare la risposta trattamentale dell'infermo di mente autore di reato sono in fase di studio degli accordi che consentano al giudice stesso di raccordarsi più rapidamente con i servizi di salute mentale che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale: il giudice deve poter avere una adeguata e capillare conoscenza delle risorse e delle soluzioni offerte sul territorio.

Il reimpatto e la recidiva - L'analisi del fenomeno del reimpatto (il termine reimpatto con il sistema dell'esecuzione penale esterna fa riferimento a situazioni di condanne emesse dopo l'esperienza di una prima misura alternativa) e della recidiva (la recidiva in senso proprio è quella di tipo penitenziario, ovvero il rientro nel circuito penitenziario nella forma della detenzione in carcere) a causa di condanne penali definitive relative a reati commessi dopo la conclusione di una misura di comunità e rilevate tramite il casellario giudiziale) dell'infermo di mente è svolta attraverso l'elaborazione di buone pratiche e schemi procedurali volti a valorizzare le

acquisizioni scientifiche e dottrinali interdisciplinari, con metodo improntato al confronto tra esperti, studiosi, operatori e magistrati. Come si è detto sopra, si è posto al centro del sistema i Dipartimenti di salute mentale, divenuti oggi titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi. Per tale motivo, la legge numero 81 del 2014 ha anche previsto l'organizzazione di corsi di formazione per gli operatori del settore in maniera tale che tutti coloro che entrano a vario titolo nel circuito di riabilitazione dell'infermo di mente autore di reato siano preparati sotto il profilo medico legale. Per questo oggi si parla della figura dello "psichiatra forense" avuto riguardo allo psichiatra che si occupa della categoria del malato di mente autore di reato. Costui è un professionista poliedrico in quanto competente anche nei settori della criminologia, del diritto di procedura penale e del diritto penitenziario, della medicina legale, della clinica psichiatrica in ambito penitenziario (con specifico riguardo al rapporto fra malattia mentale e violenza), psicofarmacologia dell'aggressività della violenza, interventi psicoterapiche sociale su questioni specifiche come può essere il caso dei cd sex offenders).

Le misure per il trattamento dell'infermo di mente – Si va ora a vedere, nel concreto, quali misure di sicurezza sono previste nell'ordinamento italiano per l'infermo di mente oltre al ricovero in REMS, fermo restando che è in corso una rivisitazione della disciplina delle misure di sicurezza per l'infermo di mente come stabilito dalla già sopra citata legge numero 103 del 2017. Tale legge mira ad una organica rimodulazione della disciplina dei "segmenti intermedi" fra la misura più contenitiva della REMS e quella della libertà vigilata.

Si deve fare una distinzione preliminare: a) infermità mentale sussistente al momento della commissione del fatto-reato e che ha influito sulla commissione stessa del reato; b) infermità di mente sopravvenuta alla commissione del reato e che non ha cagionato la commissione dello stesso.

a) Per gli incapaci di intendere e di volere, totalmente o parzialmente, al momento della commissione del reato, le misure di sicurezza applicabili corrispondono al ricovero in REMS o la libertà vigilata. Il ricovero in REMS, come si è già detto, è la misura più afflittiva e da applicare solo se la misura della libertà vigilata non sia adeguata a fronteggiare la pericolosità sociale dell'infermo. La libertà vigilata è una misura di sicurezza molto elastica che viene gestita dal sistema di probation: l'infermo di mente rimane sul territorio, a casa propria o in una comunità aperta e senza vigilanza, ed è seguito dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna in costante coordinamento con il Dipartimento di salute mentale e l'Azienda Ospedaliera e, ove necessario, con il Servizio per tossico e alcooldipendenza. Se il caso è così grave da richiedere il ricovero in REMS, vengono elaborati programmi trattamentali che puntano alla dimissione quanto prima possibile dalla misura di sicurezza più contenitiva per transitare nella misura di sicurezza della libertà vigilata. A tale fine, si effettuano mirati rientri del paziente dalla REMS all'ambito familiare, secondo un programma graduale che viene comunicato e autorizzato dal giudice. I permessi per rientrare sul territorio diventano via via sempre più frequenti e lunghi e

consentono di monitorare il soggetto nel suo iter riabilitativo e di cura. Il sistema di probation è direttamente coinvolto in tale fase propedeutica alla dimissione dalla REMS verso la misura della libertà vigilata. Come si è detto, la libertà vigilata non prevede forme di vigilanza esterna e esegue in comunità terapeutica che può variare da alta, a media o bassa assistenza o anche al domicilio, con reinserimento sul territorio. Il sistema di probation tramite l'Ufficio di esecuzione penale esterna (UEPE) assume un ruolo significativo al momento della dimissione dell'infermo di mente dalla REMS e nel passaggio alla libertà vigilata.

b) Per il reo la cui infermità mentale sia sopravvenuta nel corso della detenzione in carcere (e, comunque, non incidente sulla capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto reato), il trattamento terapeutico-riabilitativo è svolto in apposite sezioni psichiatriche, su base regionale, dedicate alla tutela della salute mentale all'interno dell'istituto penitenziario. Ove, però, l'infermità sia di una gravità tale da impedire l'esecuzione della pena, il giudice ne può ordinare il differimento o la sospensione.