



Famiglie in Rete OdV ETS
COORDINAMENTO ASSOCIAZIONI DI
FAMILIARI E UTENTI PER LA SALUTE MENTALE

Via Consolare Stradella, 5 98071 Capo D'Orlando (ME)
famiglieinrete2021@gmail.com
www.famiglieinretesalutementale.it



U.R.A.Sa.M. Lombardia
UNIONE REGIONALE ASSOCIAZIONI
PER LA SALUTE MENTALE

via Francesco Daverio, 7 20122 Milano
urasamlombardia@gmail.com

Coordinamento Nazionale Salute Mentale – Seconda Conferenza Nazionale Sessione di lavoro “Oltre il dramma Carcere. La legge 81 una riforma da completare”

L'associazione **Famiglie in Rete**, coordinamento nazionale di associazioni di familiari e utenti per la Salute Mentale (www.famiglieinretesalutementale.it), desidera anticipare i contenuti del proprio intervento alla sessione di lavoro del 6/12/2024.

Le stesse istanze sono state recentemente portate all'attenzione del Tavolo Tecnico per la salute mentale del Ministero della Salute, nel sottogruppo denominato “Salute mentale in carcere e REMS” e sono state condivise con U.R.A.Sa.M Lombardia, Unione Regionale delle Associazioni per la Salute Mentale.

Prevenzione

Molto spesso un paziente psichico che commette un reato non lo fa improvvisamente, bensì vi arriva dopo periodi anche molto lunghi di agiti inappropriati per la convivenza sociale, spesso rilevati e messi in evidenza dalla famiglia, dal contesto in cui vive, e addirittura dalle Forze dell'Ordine. In alcune realtà locali, esistono già interessanti esperienze di protocolli d'intesa tra enti con ruoli e responsabilità diverse (Prefettura, Questura, Carabinieri, DSMD, Comuni, Uffici di Piano, Associazioni di volontariato) per la realizzazione di strategie di prevenzione e intervento integrato. Chiediamo che da queste esperienze si possa trarre spunto per linee guida a livello nazionale.

Un secondo punto che riguarda la prevenzione è la difficoltà di adesione alla cura, come ampiamente dettagliato nel documento condiviso con il Tavolo Tecnico del Ministero dalla Società Italiana di Psichiatria Forense, che evidenzia come per moltissimi pazienti psichici autori di reato l'adesione alle cure è complessa e i servizi territoriali non riescono ad intervenire in maniera efficace su questi soggetti finché non diventano oggetto di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. Pertanto, oltre a dotare i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze di strumenti organizzativi e di risorse, occorre intervenire sul codice civile al fine di poter prevenire efficacemente le derive penali nelle situazioni complesse di fragilità. Ci uniamo pertanto alla SIPF nel chiedere di:

- Ampliare i poteri del Giudice Tutelare dell'Amministratore di Sostegno in modo da poter vincolare il soggetto ad un percorso di trattamento individualizzato dai servizi competenti
- Introdurre un nuovo concetto legale di “Vincolo di Cura”, come nuovo provvedimento in ambito civilistico di competenza del Giudice Tutelare, indipendente dalla preesistenza di un provvedimento di tutela.

Coordinamento dei percorsi psichiatrico e giudiziario

il coordinamento tra enti, strutture e operatori che incidono sul percorso terapeutico (CSM di residenza, SERD di residenza, strutture residenziali territoriali, Unità operative di psichiatria giudiziaria, Micro-equipe forensi, Psichiatria/Psicologia penitenziarie, SERD dell'istituto di pena, Articolazione per la Tutela della Salute Mentale, REMS, Punti Unici Regionali,...) e su quello giudiziario (Magistrato di merito, Magistrato di sorveglianza, Magistratura minorile, Periti - CTU e CTP, Avvocato difensore, UEPE - Ufficio esecuzione penale esterna,...) è molto complesso. Infatti, i

percorsi terapeutico e giudiziario coinvolgono professionalità numerose e molto diverse, con obiettivi, competenze, linguaggi molto diversi; si influenzano l'un l'altro, sia nella sincronizzazione dei tempi (ad esempio, una sentenza di un processo può interrompere un percorso terapeutico iniziato recentemente e faticosamente), sia nei contenuti (ad esempio, un procedimento penale in certi casi può diventare addirittura uno strumento utile ad indirizzare il paziente alla cura, perché fornisce quella cornice contenitiva di cui a volte ha bisogno per aderire alla terapia); creano frammentazione della presa in carico, perché possono cambiare rapidamente i contesti (territorio, strutture residenziali, carcere, REMS) e di conseguenza gli operatori di riferimento, non in seguito a scelte terapeutiche bensì per accadimenti legati al percorso giudiziario (e magari anche più di un percorso giudiziario, nel caso di reati multipli).

Riteniamo quindi particolarmente importante definire una figura terza (rispetto a Salute Mentale e Giustizia) con la responsabilità, per ciascun singolo paziente, di garantire coordinamento e sinergia tra enti, strutture e operatori che incidono sul percorso terapeutico e su quello giudiziario.

REMS

Il dibattito sulle Rems a quasi 10 anni dalla loro apertura è ancora difficile, anche perché è chiaro che vi siano delle pecche nella loro gestione che cominciano a far pensare che forse è necessario mettere mano alla legislazione sulle stesse.

Che cosa dovevano essere le REMS e che cosa sono diventate?

Partiamo dalla considerazione che con il D.L. n. 211/2011 (c.d. svuota carceri, conv. con L. 17/12/2012 n. 9 e modificato con L. 81/2014) si chiudono gli OPG, per due motivi sostanziali:

- 1) si basavano su un pensiero ormai superato, perché l'OPG rispondeva di più all'esigenza di incolumità della società in quanto si considerava il malato mentale pericoloso socialmente sempre e difficilmente curabile, per cui si "chiudevano" i malati in questi ospedali "sine die", generando degli ergastoli bianchi; invece, la cura del malato deve avvenire, dopo la svolta basagliana, sul territorio presso i vari DSM.
- 2) il trattamento riservato a queste persone era disumano, in quanto venivano utilizzati metodi di contenzione fisica e chimica molto pesanti, oltre al fatto che sono stati trovate anche strutture con carenza di igiene e malsane.

Purtroppo, però per superare queste problematiche si è scivolati dall'altra parte: le REMS dovevano diventare luoghi di cura per i prosciolti dal reato per vizio totale o con condanna ridotta per vizio parziale di mente, i quali non dovevano in alcun modo essere mandati in carcere, e sono diventate sì luoghi di cura in una logica prettamente sanitaria, ma è stato abbandonato il concetto custodialistico, lasciando scoperta l'esigenza dell'incolumità del malato e dei terzi.

Inoltre, gli OPG erano stati creati per curare i malati di mente che commettevano reati, evitando loro il carcere: la loro chiusura, del tutto necessaria, ha portato però l'assurda conseguenza che si è tornati indietro del tempo, perché oggi sono tanti i malati di mente che finiscono in carcere, in quanto non c'è posto nelle REMS e nelle strutture territoriali (comunità) o i tempi di attesa sono lunghi, con conseguenze devastanti come dimostrano gli aumenti di suicidio in carcere. L'Italia è stata più volte condannata dalla CEDU (Corte di giustizia europea) per l'uso dell'istituzione carceraria per i malati di mente.

Le REMS sono diventate istituzioni di cura anche perché sono state regolate da un decreto ministeriale emanato solo dal Ministero della salute, lo stesso D.L. 211/2011 recita espressamente che le REMS sono di esclusiva competenza sanitaria regionale; gli istituti non potevano avere più di 20 posti per non creare il sovraffollamento che c'era negli OPG, che non permetteva in maniera appropriata la presa in cura dei pazienti da parte dei medici; l'attività di sicurezza doveva essere solo perimetrale esterna; non doveva esserci polizia penitenziaria interna e non poteva essere contenitiva.

Questo ha creato due problemi:

- 1) la facilità di fuggire delle REMS, anche perché il personale sanitario - compreso il direttore - non ha nessun obbligo custodialistico, che non compete a loro ma all'amministrazione della giustizia;
- 2) una disponibilità di letti di gran lunga inferiore alle necessità che si sono create in questi ultimi tempi, anche perché la presa in carico sul territorio da parte dei DSM purtroppo non funziona, soprattutto per questi tipi di malati, che non solo commettono reati ma hanno spesso anche difficoltà di adesione alla cura.

All'interno di queste tipo di problematiche si è inserita la sentenza della Corte Costituzionale n.22/2022, quando - giova ricordarlo - un giudice delle indagini preliminari aveva richiesto l'intervento della Corte, in quanto, malgrado il giudice avesse prosciolto un soggetto schizofrenico autore di reato, pericoloso socialmente e avesse disposto la misura della REMS, il Pubblico Ministero incaricato di eseguire la sentenza per un anno non aveva trovato dove collocare il malato.

La Corte non dichiarava incostituzionale il D.L. 211/2021, perché costituiva un ineludibile superamento degli OPG, ma lanciava un monito al legislatore il quale sarebbe dovuto intervenire con un legge primaria sulla regolamentazione delle REMS , in quanto la loro qualificazione giuridica di misura di sicurezza le fanno soggiacere all'art. 25, comma 3, della Costituzione e quindi alla riserva di legge statale in materia penale e all'art. 110 della Costituzione che prevede l'organizzazione e il funzionamento dei servizi relativi alla giustizia in capo al Ministero della Giustizia.

Questo vuol dire che le REMS non possono essere solo luogo di cura, ma devono anche essere una misura limitativa della libertà personale. Pertanto, la loro gestione e struttura deve essere regolata da una legge primaria dello Stato, non da decreti ministeriale del Ministero della salute o Accordi Stato e autonomie territoriali, perché queste sono fonti secondarie e subordinate. (n.d.r. andrebbero rimesse sotto il DAP - Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria). L'obiettivo che la Corte pone per le REMS è cura del malato e salvaguardia della collettività. Dopo questo chiaro monito, invece che un intervento del legislatore, viene fatto l'ennesimo Accordo Governo-Regioni/Province Autonome, che statuiscono sulle REMS e creano i PUR - Punto Unico Regionale, accordo che di per sé è incostituzionale.

Purtroppo, si fa ancora fatica a capire quale è il problema in un'ottica di salvaguardare le REMS, a prescindere della funzionalità effettiva.

Chiediamo pertanto l'intervento del legislatore in materia di REMS.

Ci uniamo alla Società Italiana di Psichiatria Forense nel chiedere di:

- Ampliare il ventaglio delle REMS, specializzandone alcune come strutture ad alta sicurezza.
- Costituire strutture organizzative specializzate - Unità di Psichiatria Forense – su tutto il territorio nazionale, che non si sostituisce ai Centri di Salute Mentale o agli altri Servizi, ma collabora “trasversalmente” con loro e la magistratura affinché si riescano ad individuare i percorsi di cura non detentivi ai sensi della legge 81/2014.

Nelle more dei cambiamenti sopra richiesti, chiediamo di Implementare la tutela della Salute Mentale in carcere e in altre situazioni detentive.

Strutture per la detenzione domiciliare / libertà vigilata

Per i pazienti psichiatrici parzialmente o totalmente capaci di intendere e volere, e che quindi devono scontare una pena, la REMS non è struttura corretta (perché non è possibile scontare la propria pena in REMS), ma non lo sono neanche gli istituti di pena. Per questi pazienti esistono misure alternative alla detenzione in carcere, che però non sono quasi mai applicate.

Le comunità terapeutiche e a doppia diagnosi in grado e disponibili ad accogliere pazienti agli arresti domiciliari o in libertà vigilata sono in numero insufficiente ed in qualche modo selezionano i pazienti, escludendo i casi più complessi. A nostro parere è necessario favorire le condizioni perché il magistrato possa concedere pene alternative al carcere:

- istituire un cruscotto gestionale per la risposta ai bisogni di posti letto e per definire quelli che sono i fabbisogni di strutture residenziali per gli autori di reato imputabili
- riservare dei posti dedicati nelle residenzialità a pazienti in regime di espiazione pena, in modo che tali utenti non vengano inevitabilmente “scavalcati” da altri meno complessi nell’accesso ai percorsi residenziali di cura o persino considerati non idonei a causa del procedimento penale stesso
- accreditare comunità ad elevate specializzazione e di uso esclusivo per soggetti provenienti dal circuito giuridico.
- monitorare la qualità delle cure erogate e gli esiti nelle comunità dedicate.

Ci uniamo inoltre alla Società Italiana di Psichiatria Forense nel chiedere di ampliare e differenziare l’offerta delle strutture residenziali per intensità di cura e livelli di protezione differenti, soprattutto dove vengono inseriti pazienti autori di reato.

Isolamento

L’isolamento è la più severa tra le misure disciplinari previste dai regolamenti penitenziari. La sua durata massima dovrebbe essere 15 giorni ma le autorità garanti rilevano l’aggiramento frequente del termine tramite più provvedimenti di isolamento consecutivi o quasi.

La letteratura scientifica è concorde nel sostenere che l’assenza di interazioni con altri esseri umani provoca danni gravissimi. Alcuni studi sono arrivati a identificare una vera e propria sindrome da isolamento, anche per le persone che non soffrono di disturbi psichici: disturbi del sonno, disturbi dell’appetito, ansia, panico, rabbia, perdita di controllo, allucinazione, automutilazione, ipersensibilità, pensieri ossessivi, disfunzioni cognitive, irritabilità, aggressività, paranoia, mancanza di speranza, letargia, depressione, senso di imminente crollo emotivo, comportamento suicida.

Si chiede di elaborare raccomandazioni e protocolli per monitorare gli effetti psicofisici dell’isolamento su tutta la popolazione detenuta, ed in particolare per evitare o limitare l’isolamento dei detenuti con diagnosi di disturbo psichico.

Psicofarmaci

L’inchiesta «Fine pillola mai» pubblicata sul numero di ottobre 2023 della rivista Altreconomia riporta un quadro preoccupante sull’uso di psicofarmaci nelle strutture detentive: proiettando la spesa riferita al campione oggetto dell’inchiesta sull’intera popolazione detenuta, si stima che nel 2022 la spesa in psicofarmaci (in particolare antipsicotici: 60%) nelle carceri italiane è stata almeno di due milioni di euro, con un utilizzo cinque volte maggiore rispetto all'esterno. Situazione analoga si registra anche negli istituti penali minorili (tra il 2021e il 2022, la spesa in antipsicotici è aumentata mediamente del 30%), dove la preoccupazione non riguarda solamente gli effetti avversi che si registrano anche nella popolazione adulta, ma soprattutto gli effetti virtualmente devastanti che questi farmaci possono avere sul sistema nervoso ancora in fase di sviluppo.

Chiediamo azioni concrete di verifica e monitoraggio, a garanzia che i farmaci vengano utilizzati sempre e solo nell’ottica dell’agire clinico, e non come contenzione chimica per rendere più gestibili le comunità detenute.

Rischio di autolesionismo e suicidio

La prevenzione del suicidio, in ambito carcerario, rappresenta un annoso e complesso problema che riguarda il contenimento e la riabilitazione carceraria.

A tal fine, è utile ricordare la già complessa gestione carceraria in termini di sovraffollamento, gestione di fragilità e vulnerabilità psicologiche, gestione di doppie diagnosi, gestione delle altre culture e prevenzione delle condotte etero ed auto aggressive in regime carcerario.

Il Ministero della Giustizia annovera tra le sue guidelines “La prevenzione dei suicidi in carcere” (Quaderni ISSP Numero 8, dicembre 2011 -Ministero della Giustizia Dipartimento

dell'Amministrazione Penitenziaria Istituto Superiore di Studi Penitenziari Quaderni ISSP Numero 8 - La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno).

Il fenomeno del suicidio in carcere non comprende solo chi, ad esempio i Nuovi Giunti, entra negli Istituti Penitenziari, ma anche e specialmente le Forze di Polizia Penitenziaria, che vivono momenti di stress e burn-out in quanto riferiscono di non essere formati alle acuzie relative spesso alla Salute Mentale.

Si presenta così un quadro complessivo, drammatico e che urla e grida il proprio dolore e a questo dolore rispondo spesso i familiari che compatiscono tali sofferenze:

- “1 suicidio ogni 5 giorni. Tasso suicidi in Italia 0,60 per mille: nelle forze dell'ordine sale all'1 per mille, nella Polizia Penitenziaria l'1,30 per mille. 16 suicidi (di cui 3 nella Polizia Penitenziaria)”. Fonte: <https://www.poliziapenitenziaria.it>.
- “Ancora più allarmante è il dato relativo al 2024. Tra inizio gennaio e metà aprile sono stati 30 i suicidi accertati. Uno ogni 3 giorni e mezzo. Nel 2022 – l'anno record – a metà aprile se ne contavano 20. Se il ritmo dovesse continuare in questo modo, a fine anno rischieremmo di arrivare a livelli ancor più drammatici rispetto a quelli dell'ultimo biennio” (fonte: <https://www.rapportoantigone.it>).

I dati sono sottostimati, ma la loro lettura chiede interventi concreti che possano lenire tali drammaticità.

Oltre a favorire percorsi alternativi alla detenzione intramuraria, soprattutto per chi ha problematiche psichiatriche e di dipendenza, chiediamo di:

- Migliorare la vita all'interno degli istituti:
è necessario migliorare la vita all'interno degli istituti, per ridurre il più possibile il senso di isolamento e di marginalizzazione. Vanno in questo senso previsti interventi che abbiano in generale un impatto positivo su tutta la popolazione detenuta e che possano quindi avere un effetto ancora più forte su persone che affrontano situazioni di particolare sofferenza. C'è bisogno di garantire una disponibilità maggiore di attività, che siano lavorative, formative, culturali.
- Maggiore apertura nei rapporti con l'esterno:
Per evitare solitudine, depressione, abbandono alcune azioni sono possibili, in primis quelle volte a una maggiore apertura nei rapporti con l'esterno. Non basta aumentare da 4 a 6 le telefonate mensili (di 10 minuti ognuna): le telefonate andrebbero liberalizzate. Poter parlare con una persona cara può far tanto, per chi si trova in una situazione di profondo dolore potrebbe anche salvare la vita. Andrebbe poi dato seguito alla sentenza della Corte Costituzionale in merito al diritto all'affettività, prevedendo nelle carceri anche luoghi dove siano possibili colloqui intimi.
- Attenzione a inizio e fine del percorso detentivo:
sono numerosi i casi di suicidi tra le persone appena entrate in carcere e tra coloro che sono invece prossime a lasciarlo. L'inizio e la fine di un percorso detentivo rappresentano fasi particolarmente delicate, dove maggiore dovrebbe essere la cura e l'attenzione da parte dell'istituzione. L'introduzione alla vita dell'istituto dovrebbe avvenire in maniera graduale, affinché la persona abbia la possibilità di ambientarsi alla nuova condizione e il personale il tempo necessario ad identificare eventuali problematiche e fattori di rischio. Ogni istituto dovrebbe avere reparti ad hoc per i cosiddetti nuovi giunti, un servizio di accoglienza strutturato in cui le persone vengono informate sui diritti e sulle regole all'interno del penitenziario, la fruizione di colloqui con psicologi e/o psichiatri e maggiori contatti con l'esterno. Le sezioni destinate all'accoglienza dei nuovi giunti dovrebbero essere ospitate in spazi consono, mentre spesso costituiscono gli ambienti detentivi più fatiscenti e abbandonati. Sarebbe rilevante investire risorse per modernizzare e umanizzare questa fase della detenzione. Allo stesso modo, dovrebbero essere investite risorse per la

fase di preparazione al rilascio. Il momento del fine pena rappresenta per molte persone una fase di grande smarrimento, soprattutto per chi non ha una rete di riferimento all'esterno. La persona deve essere accompagnata al rientro in società e dotata dei principali strumenti necessari. Gli istituti devono così dotarsi di un vero e proprio servizio di preparazione al rilascio, in collegamento con gli enti e i servizi territoriali esterni.

- Separazione dal resto della popolazione detenuta
particolare attenzione andrebbe dedicata a tutti quei momenti della vita penitenziaria in cui le persone detenute si trovano separate dal resto della popolazione detenuta, perché in isolamento o sottoposti a un regime più rigido e con meno contatti con altre persone. In questi casi è sempre necessario garantire contatti umani significativi con il personale, al fine di ridurre il rischio suicidario.

Ben venga lo stanziamento di nuovi fondi per adeguare gli stipendi degli esperti psicologici impiegati nelle attività di osservazione e trattamento; se non inseriti però in una programmazione riformatrice più ampia, difficilmente tali interventi avranno effetti sull'emergenza in corso invertendo la tragica sequenza suicidaria.

Competenze specifiche degli operatori

È fondamentale che tutti gli attori coinvolti sviluppino una maggiore conoscenza e competenza sulle questioni che devono affrontare nella gestione del paziente psichico autore di reato, nel rispetto dei loro ruoli.

Si propongono interventi formativi come:

- incontri periodici con Magistratura, Avvocatura, Prefetture, associazioni di familiari e Servizi di Salute Mentale, per aggiornamento e riflessioni sulle criticità;
- formazione nei DSMD su temi specifici legati alla diagnosi e alla definizione dei percorsi di cura di soggetti autori di reato, sia per gli aspetti clinici (es. gestione del rischio suicidario in ambiente carcerario, dei comportamenti aggressivi, ecc.) sia per quelli procedurali (es. distinzioni tra detenzione e misura di sicurezza, tra cura in soggetto non imputabile e cura come misura alternativa alla detenzione, ecc.);
- formazione sulla patologia psichiatrica e legata alle dipendenze per Magistrati, Polizia Penitenziaria, personale educativo e ad altri attori che entrano in contatto con i detenuti (es. volontari), volta a fornire strumenti utili ed immediati di riconoscimento e risposta a situazioni di urgenza (anomalie del comportamento, fenomenologia dell'intossicazione e astinenza da sostanze, comportamento suicidario).