



**ANTIGONE**

# Umani, non internati. I profili biografici e giudiziari degli internati nelle REMS

Considerazioni a partire dalla ricerca:

“Le Residenze per le misure di sicurezza viste da vicino. Una ricerca sui percorsi biografici e giudiziari degli internati nelle Rems di Ceccano e Pontecorvo”

Francesca Cancellaro



“La legge 17 febbraio 2012, n. 9 e la legge 30 maggio 2014, n. 81 hanno rappresentato gli ultimi tasselli legislativi di un lungo processo normativo – e culturale – che ha attraversato oltre un secolo di storia del nostro Paese ed è culminato il 1° aprile 2015 con l’apertura delle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) e la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

I principi che informano l’attuale disciplina in materia di ricovero in REMS sono: la priorità delle esigenze di cura e l’esclusiva gestione sanitaria delle strutture; la residualità (*extrema ratio* rispetto all’applicazione di altre misure) e la transitorietà della misura di sicurezza detentiva; la territorialità delle cure (nel senso che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve evitare lo sradicamento del malato psichico dal proprio territorio); la centralità del progetto terapeutico individualizzato (la cui assenza, per espressa previsione, non può fondare il perdurante giudizio di pericolosità sociale).

Il Programma terapeutico individualizzato (PTRI) – adottato per ciascun paziente di concerto con il Centro di salute mentale (CSM) territorialmente competente <sup>1)</sup> e attuato dagli operatori della REMS – risulta fondamentale anche in considerazione del fatto che **il quadro del disagio psichico dei pazienti è tutt’altro che omogeneo**: oltre ai pazienti psichiatrici – generalmente affetti da schizofrenia e disturbi bipolari – in REMS sono ricoverati anche pazienti che soffrono di disturbi della personalità e in taluni casi di ritardo mentale. Tali situazioni cliniche, inoltre, molto frequentemente si accompagnano a percorsi di abuso di sostanze stupefacenti e alcol (la c.d. “doppia diagnosi”).

I presupposti di applicazione della misura di sicurezza del ricovero in REMS sono la commissione di un reato (o quasi reato) e la pericolosità sociale. Con riferimento al giudizio di pericolosità che compete all’autorità giudiziaria, la legge 81/2014 ha espressamente sottratto dall’area di valutazione il contesto ambientale, sociale e familiare del reo. A livello di principio, dunque, la marginalità e la deprivazione relazionale sembrerebbero elementi irrilevanti per l’applicazione del ricovero in REMS. Tuttavia, lo studio dei fascicoli personali dei pazienti delle REMS laziali oggetto della ricerca (Ceccano e Pontecorvo), ha comunque evidenziato la presenza di storie di marginalità socio-economica,

di dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti, nonché di deprivazione affettiva. A livello generale, la particolare fragilità sociale in cui versano questi soggetti non fa che acuire il livello di sofferenza connaturato alla misura di sicurezza detentiva.

I **pazienti stranieri**, ad esempio, frequentemente non sono conosciuti dai servizi del territorio, non beneficiano della vicinanza degli affetti e non comprendono la natura e la motivazione della privazione della libertà a cui sono sottoposti. In effetti, la privazione di libertà che si pratica nella REMS è decisamente meno comprensibile di quella praticata in carcere in ragione della duplice natura sanitaria e coercitiva-afflittiva a cui risponde questa misura di sicurezza detentiva. Anche i **pazienti senza fissa dimora** sono particolarmente fragili, poiché la difficoltà di tali soggetti ad ottenere la residenza determina rallentamenti nella loro presa in carico da parte dei servizi territoriali e, di conseguenza, è d'ostacolo alla ricerca di percorsi e alternative all'esterno. Tra coloro che sono ricoverati non mancano, inoltre, storie di **povertà e solitudine**, ad esempio nei casi in cui la famiglia non è presente o comunque non provvede al sostegno materiale del congiunto.

Nel corso della permanenza in REMS alcuni pazienti riescono a riallacciare i rapporti ormai deteriorati con i propri familiari. Tale dato pare particolarmente significativo se si considera che i familiari sono spesso proprio le persone offese dei delitti presupposto della misura di sicurezza: talvolta, ad esempio, sono proprio i genitori ad aver denunciato i figli affetti da disturbi mentali, dopo avere subito violenze, maltrattamenti ed altre sopraffazioni.

Attenzione particolare dovrebbe essere riservata alle **donne** ricoverate in REMS, sia rispetto ai percorsi di reinserimento nel contesto sociale di riferimento, che rispetto agli aspetti relazionali che si sviluppano nel corso del ricovero. Si tratta di una minoranza rispetto alla complessiva popolazione dei pazienti delle REMS e occorre scongiurare il rischio della marginalizzazione e della scarsa attenzione alle esigenze di genere. Le pazienti di sesso femminile, infatti, sono attualmente 67 su 629 persone ricoverate e rappresentano dunque il 10,6% del totale dei pazienti<sup>2)</sup>. È peraltro interessante mettere in relazione tale dato con quello relativo alla presenza femminile nei penitenziari, dove le donne rappresentano solo il 5% alla popolazione detenuta. Le donne ricoverate in REMS sono rappresentate in percentuale doppia rispetto a quelle ristrette in carcere e questo aspetto, di per

sé, meriterebbe particolare approfondimento.

Nel percorso biografico dei pazienti vi sono due momenti particolarmente delicati, che segnano l'accesso e l'uscita dalla REMS: il ricovero e le dimissioni.

Il ricovero può essere più o meno complicato anche in ragione del percorso clinico e giudiziario che il paziente ha affrontato. Coloro che provengono dal carcere (così come coloro che inizialmente erano stati trasferiti da un OPG) arrivano in REMS quantomeno compensati (stabilizzati). Diversa è la situazione di chi proviene dallo stato di libertà e magari non sta seguendo nessun trattamento per il proprio disagio psichico.

Posto che i provvedimenti che dispongono il ricovero in REMS sono superiori al numero dei posti disponibili è stato adottato il metodo della cronologia delle richieste di ricovero, attraverso il ricorso alle c.d. "liste d'attesa". Tale sistema ha il pregio di non dare luogo a meccanismi selettivi discriminatori; d'altro canto, l'omologazione delle situazioni soggettive rischia di creare effetti paradossali. Non tutti i pazienti, infatti, soffrono delle stesse patologie e versano nelle medesime condizioni. Ad esempio, c'è chi "attende il proprio turno" in carcere (pur in assenza di un titolo che legittima la detenzione) e chi in stato di libertà; ancora, c'è chi è stato condannato in via definitiva e chi è ancora in attesa di giudizio (si tratta in questo caso di misure di sicurezza disposte in via provvisoria). La questione relativa alla permanenza in carcere di quei soggetti che attendono in "lista d'attesa" di essere trasferiti in REMS è particolarmente delicata. Tale detenzione sine titolo risulta infatti in contrasto con il diritto fondamentale alla libertà personale consacrato negli artt. 13 Cost. e art. 5 Cedu, oltre che con il diritto alla salute (di cui all'art. 32 Cost. e 2 e 8 CEDU).

Dal punto di vista del diritto alla salute, potrebbe ragionarsi sull'opportunità di anticipare l'attuazione del piano terapeutico individualizzato in carcere per i detenuti in "lista d'attesa". Allo stato attuale, rispetto a quest'ultimi si mitigherebbero, quanto meno, gli effetti pregiudizievoli sulla salute psichica derivanti da una detenzione illegittima.

Il rispetto del numero chiuso (inteso come limite massimo dei posti in REMS) malgrado

la pressione derivante dall'esistenza di liste d'attesa è un elemento che aiuta a garantire la dignità dei pazienti, scongiurando per le REMS un fenomeno analogo a quello del sovraffollamento carcerario. Nondimeno s'impone una riflessione rispetto al contenimento del ricorso al ricovero in REMS che deve restare misura di extrema ratio. A differenza dell'OPG, garantisce un internamento dal volto mite e dunque "culturalmente accettabile". Tuttavia, come è emerso nel corso della ricerca, la REMS non è un "contenitore" capace di dare risposte a tutti i tipi di problemi psichiatrici, a tutti i disturbi comportamentali, e soprattutto a tutte quelle situazioni cliniche che sono associate a ritardi mentali o a stati di dipendenza e abuso di alcol e sostanze.

Le dimissioni dalla REMS giocano un ruolo particolarmente significativo: quest'ultime sono parte integrante del percorso terapeutico dei soggetti ricoverati e, allo stesso tempo, rivestono un ruolo centrale a livello sistemico. Il turnover dei pazienti, infatti, è uno dei termometri per misurare la buona riuscita della riforma, rappresentando uno dei punti di discontinuità rispetto al sistema che si era determinato nell'era degli OPG. Secondo un principio di gradualità, chi viene dimesso dalla REMS generalmente prosegue il proprio percorso presso una comunità terapeutica o comunque una struttura "più aperta". Non sempre, tuttavia, è agevole trovare soluzioni sul territorio. Possono essere gli stessi operatori della REMS a sollecitare il Centro di salute mentale sul territorio per trovare realtà terapeutiche disponibili ad accogliere i ricoverati o a chiedere di anticipare la rivalutazione della pericolosità sociale al magistrato di sorveglianza. Tale intervento propulsivo risulta fondamentale soprattutto laddove i pazienti sono più fragili e oltre alla rete familiare anche l'assistenza legale è meno efficace (o del tutto assente).

1) Secondo i dati SMOP, richiamati nella Relazione 2019 del Garante Nazionale dei Diritti delle persone private della libertà personale, i pazienti ricoverati in REMS nel 2018 con posizione giuridica definitiva erano 357 e solo nel 46,22% dei casi era presente il Progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI). Il dato risulta particolarmente disomogeneo a livello locale: a fronte di Regioni in cui il 100% dei sottoposti a misura di sicurezza definitiva ha un PTRI, ve ne sono altre in cui il PTRI è presente nello 0% dei casi.

2) Il dato, tratto dal Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (Smop) è contenuto nella Relazione al Parlamento del Garante nazionale a par. 167 e può essere confrontato con E. Tavormina, Report sullo stato delle REMS, in Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma, Corleone F. (a cura di), p. 20, secondo cui nel settembre 2017 il numero delle donne presenti nelle REMS italiane si attestava a 56 unità, rappresentando il 10% circa del totale dei pazienti



**ANTIGONE**

**associazione antigone**

via Monti di Pietralata, 16  
00157 Roma  
[www.antigone.it](http://www.antigone.it)

maggio 2019

isbn 978-88-98688-27-2

**con il contributo di**

